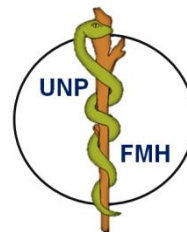


UNIVERSIDAD NACIONAL DE PIURA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Obstetricia



TESIS

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON HEMORRAGIAS
POSTPARTO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE LA
AMISTAD PERÚ COREA II-2 SANTA ROSA DE PIURA 2017**

Presentado por:

Bach. Sandra Carolina Mocarro Chapilliquén

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN
OBSTETRICIA**

Línea de investigación:

Salud Pública

Sub línea de investigación:

Estados de la salud relacionados con la morfología, fisiología y genética de los seres humanos y problemas de salud poco abordados.

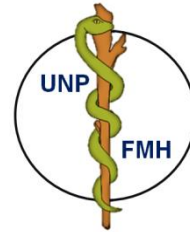
Piura, Perú

2019

UNIVERSIDAD NACIONAL DE PIURA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Obstetricia



TESIS

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON HEMORRAGIAS
POSTPARTO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE LA
AMISTAD PERÚ COREA II-2 SANTA ROSA DE PIURA 2017**

Bach. Sandra Carolina Mocarro
Chapilliquén

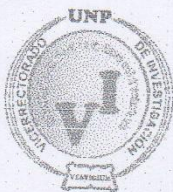
AUTORA

Mg. Sonia Yolanda Flores
Jaramillo

ASESORA

Piura, Perú

2019



UNIVERSIDAD NACIONAL DE PIURA
OFICINA CENTRAL DE INVESTIGACIÓN



FORMATO N°7

DECLARACIÓN JURADA

DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD DE LA TESIS

Yo: MOCARRO CHAPILLIQUÉN SANDRA CAROLINA, identificado con CU/DNI N° 72312609 Bachiller de la Facultad de CIENCIAS DE LA SALUD - ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA y domiciliado en calle/Jirón/Av. Balta # 502 del Distrito Sellán Provincia Sellán Departamento Piura Celu. 969137480 Email: agua_sandra@hotmail.com

Título:

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON HEMORRAGIAS POSTPARTO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE LA AMISTAD PERÚ COREA II-2 SANTA ROSA DE PIURA 2017

DECLARO BAJO JURAMENTO: que la tesis que presento es original e inédita, no siendo copia parcial ni total de una tesis desarrollada, y/o realizada en el Perú o en el Extranjero, en caso contrario de resultar falsa la información que proporciono, me sujeto a los alcances de lo establecido en el Art. N° 411, del código Penal concordante con el Art. 32° de la Ley N° 27444, y Ley del Procedimiento Administrativo General y las Normas Legales de Protección a los Derechos de Autor.
En fe de lo cual firmo la presente.



Huella Digital



Piura, 29 de Octubre 2018

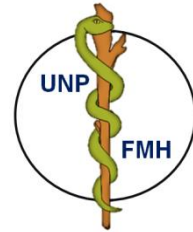
Sandra Mocarro

Yo: MOCARRO CHAPILLIQUÉN SANDRA CAROLINA
DNI N° 72312609

UNIVERSIDAD NACIONAL DE PIURA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Obstetricia



TESIS

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON HEMORRAGIAS
POSTPARTO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE LA
AMISTAD PERÚ COREA II-2 SANTA ROSA DE PIURA 2017**

FIRMAS DE JURADO

Mg. KARINA YULISA SANDOVAL NORES
PRESIDENTE

Dr. CARLOS HOLGUÍN MAURICCI
SECRETARIO

Mg. MARÍA DIANA LEGUIA TORRES
VOCAL

Piura, Perú

2019



ACTA DE SUSTENTACION



Ejecutor (es) : SANDRA CAROLINA MOCARRO CHAPILLIQUEN
Asesor : MG. SONIA YOLANDA FLORES JARAMILLO

Los Miembros del Jurado Calificador que suscriben, nombrados con Resolución 309-18-FCS-UNP, dictaminan que el Trabajo de Investigación "**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON HEMORRAGIAS POSTPARTO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE LA AMISTAD PERU COREA II-2 SANTA ROSA 2017**" presentado por el Bachiller (es) **SANDRA CAROLINA MOCARRO CHAPILLIQUEN**, para optar el Título de Licenciada en **Obstetricia** de la Universidad Nacional de Piura, está en calidad de :


APROBADO				DESAPROBADO
EXCELENTE	SOBRE SALIENTE	MUY BUENO	BUENO ✓	

En consecuencia queda en condición de ser calificado **APTO** por el Consejo Universitario de la Universidad Nacional de Piura y recibir el **TITULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN OBSTETRICIA** de conformidad con lo estipulado en la ley.

En fe de lo cual se firma la presente a los dieciocho días del mes de enero del 2019

Castilla, 18 de enero del 2019


MG. KARINA YULISA SANDOVAL NORES
PRESIDENTE


DR. CARLOS HOLGUIN MAURICCI
N B SECRETARIO


MG. MARIA DIANA LEGUIA TORRES
VOCAL

DEDICATORIA

Esta investigación se la dedico a mis padres, quienes fueron mi apoyo incondicional durante mi carrera profesional.

Por otro lado va dedicado a Dios, por ser mi soporte, mis fuerzas y porque su infinito amor me ayudo para salir adelante y no tropezar en el camino.

A mis familiares, que siempre me apoyaron. A mis docentes de la Universidad Nacional de Piura, por sus enseñanzas por su perseverancia en formarme como una gran profesional.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a mi familia, por sus enseñanzas, por los valores que inculcaron en mí, a mi asesora Mg. Sonia Yolanda Flores Jaramillo, muchas gracias por su tiempo, por ayudarme a culminar esta investigación, le estaré siempre agradecida.

Por último a mis hermanos, quienes me apoyaron cuando más lo necesitaba.

INDICE

INTRODUCCIÓN	13
CAPITULO I. ASPECTOS DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA	15
1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA	15
1.2. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN	17
1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	18
1.4. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	18
CAPITULO II. MARCO TEÓRICO	19
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	19
2.2. BASES TEÓRICAS	23
2.3. GLOSARIO DE TÉRMINOS	31
2.4. HIPÓTESIS	31
CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO	32
3.1. ENFOQUE Y DISEÑO	32
3.2. SUJETO DE LA INVESTIGACIÓN	32
3.3. MÉTODOS Y PROCEDIMIENTOS	33
3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	33
3.5. ASPECTOS ÉTICOS	33
CAPITULO IV RESULTADOS Y DISCUSIÓN	34

4.1 RESULTADOS	34
4.2. DISCUSIÓN	41
CONCLUSIONES	44
RECOMENDACIONES	45
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	46
ANEXOS	

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Factores de riesgo asociados con hemorragias postparto en el Hospital de la amistad Perú Corea II-2 Santa Rosa de Piura 2017	34
Tabla 2. Medidas de tendencia central y de dispersión de la edad cumplida en años de pacientes con hemorragia postparto atendido en el hospital de la amistad Perú Corea II-2.	38
Tabla 3. Distribución numérica y porcentual del perfil sociodemográficos de las pacientes con hemorragia postparto atendido en el hospital de la amistad Perú Corea II-2.	38
Tabla 4. Factores de riesgo anteparto significativos y asociados a hemorragia postparto en el Hospital de la amistad Perú Corea II-2 Santa Rosa de Piura 2017.	39
Tabla 5. Factores de riesgo durante el parto significativos y asociados a hemorragia postparto en el Hospital de la amistad Perú Corea II-2 Santa Rosa de Piura 2017.	40

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Figura 1. Representación numérica de pacientes que presentaron desgarros obstétricos asociado a hemorragia posparto, en el Hospital de la amistad Perú Corea II-2 Santa Rosa de Piura 2017.	35
Figura 1.1 Representación numérica del tipo de desgarros obstétricos asociado a hemorragia posparto, en el Hospital de la amistad Perú Corea II-2 Santa Rosa de Piura 2017.	35
Figura 2. Representación numérica de pacientes que presentaron alumbramiento incompleto asociado a hemorragia posparto, en el Hospital de la amistad Perú Corea II-2 Santa Rosa de Piura 2017.	36
Figura 3. Representación porcentual de la labor de parto precipitada como factor de riesgo para hemorragia posparto, en el Hospital de la amistad Perú Corea II-2 Santa Rosa de Piura 2017.	36
Figura 4. Representación porcentual de la episiotomía como factor de riesgo para hemorragia posparto, en el Hospital de la amistad Perú Corea II-2 Santa Rosa de Piura 2017.	37
Figura 5. Representación numérica de las pacientes que presentaron atonía / hipotonía uterina asociado a hemorragia posparto, en el Hospital de la amistad Perú Corea II-2 Santa Rosa de Piura 2017.	37
Figura 6. Representación porcentual del perfil sociodemográficos de las pacientes con hemorragia postparto atendido en el hospital de la amistad Perú Corea II-2 2017.	39

RESUMEN

Se considera a la hemorragia postparto como una de las principales complicaciones más severa que afectan a la mujer, siendo la principal causa de muertes maternas, a fin de identificar factores que puedan propiciar esta complicación nos planteamos lo siguiente:

Objetivo: Determinar los factores de riesgo asociados con hemorragias postparto en el Hospital de la amistad Perú Corea II-2 Santa Rosa de Piura 2017.

Material y métodos: Estudio cuantitativo, con diseño no experimental, retrospectivo, de tipo observacional de casos y controles, empleando una muestra de 169 mujeres tanto para los casos como los controles.

Resultados: entre las características sociodemográficas pudimos determinar la edad promedio de 26,37 años, (75,1%), ser conviviente (75,1%), estudios secundarios (56.8%), los factores antes del parto estaban la cesárea anterior (OR: 1,98; IC: 1,1-3,6), el antecedente de anemia (OR: 1,84; IC: 1,1-3,1), la obesidad (OR: 1,84; IC: 1,1-3,1) y la multiparidad (OR: 1,68; IC: 1,1-2,6), mientras que los factores durante el parto se encuentran la labor de parto precipitada (OR: 4,84; IC: 2,8-8,3), el bajo peso al nacer (OR: 4,33; IC: 1,8-10,3) y las distocias contráctiles (OR: 1,84; IC: 1,1-3,1); el uso de medicamentos (OR: 2,11; IC: 1,2-3,8).

Conclusiones: la edad promedio estaba las jóvenes, convivientes con secundaria, la cesárea previa antecedentes de anemia, obesidad y multiparidad como factores previos al parto y el parto precipitado, bajo peso al nacer, parto precipitado, distocias contráctiles y el uso de medicamentos son factores de riesgo durante el parto.

Palabras claves: factores, riesgo, hemorragia postparto

ABSTRACT

Postpartum hemorrhage is considered one of the most severe complications that affect women, being the main cause of maternal deaths, in order to identify factors that may lead to this complication we consider the following:

Objective: To determine the risk factors associated with postpartum haemorrhage in the friendship hospital Peru Corea II-2 Santa Rosa de Piura 2017.

Material and methods: Quantitative study, with non-experimental, retrospective design, of observational type of cases and controls, using a sample of 169 women for both cases and controls.

Results: among the sociodemographic characteristics we were able to determine the average age of 26.37 years (75.1%), living together (75.1%), secondary studies (56.8%), the factors before the delivery were the previous caesarean section (OR: 1.98, CI: 1.1-3.6), the history of anemia (OR: 1.84, CI: 1.1-3.1), obesity (OR: 1.84, CI: 1.1-3.1) and multiparity (OR: 1.68, CI: 1.1-2.6), while the factors during labor are precipitated labor (OR: 4.84; CI: 2.8-8.3), low birth weight (OR: 4.33, CI: 1.8-10.3) and contractile dystocias (OR: 1.84, CI: 1.1- 3.1); the use of medications (OR: 2.11, CI: 1.2-3.8).

Conclusions: the average age was young women, cohabitants with secondary education, previous cesarean section, antecedents of anemia, obesity and multiparity as factors prior to delivery and precipitated delivery, low birth weight, precipitated delivery, contractile dystocia and the use of medications are factors of postpartum risk.

Key words: factors, risk, postpartum hemorrhage

INTRODUCCIÓN

Se considera una hemorragia postparto, cuando ocurre una pérdida sanguínea de alrededor de 500ml o más, pero también se considera a la caída del 10% o más en el hematocrito, comparado con el hematocrito tomado al ingreso de la mujer, este sangrado puede presentarse durante las primeras horas sucedido el parto.¹

Asimismo se considera hemorragia postparto cuando se presentan complicaciones dependientes de la condición hematológica y del volumen sanguíneo, por ello también se considera como tal a la pérdida hemática difícil de compensar fisiológicamente y que podría dar lugar a un daño hístico.²

Se considera que la hemorragia postparto, se presenta como la principal causas de muertes en mujeres alrededor del mundo (17-40%), sobre todo en países sub desarrollados, en ese sentido los organismos internacionales de la salud, manifiesta que la hemorragia llega a ser la causa del 30% de mortalidad de madres en algunos países de las Américas, la hemorragia es considerada en América Latina la 2da causa de muerte materna.³

La organización de la Salud mediante proyectos de intervención a tratado de disminuir este flagelo, tal vez uno de los principales sea el mejorar el acceso de las madres a los centros hospitalarios, sobre todo respetando los derechos sexuales y de reproducción, capacitando a los trabajadores de salud, perfeccionando sus destrezas y mejorando el equipamiento de las instituciones de salud, superando de esta manera los obstáculos geográficos y culturales.⁵

En nuestro país, a través del Ministerio de Salud, se conoce que la mortalidad materna pasó en 20 años, de 769 defunciones en el año 1997 a 325 en el 2016, estos datos son una representación que ha demostrado una disminución de alrededor del 42%; por su parte la razón de muerte materna entre los años 1990-1996, fue de 265 muertes maternas x 100,00 nacidos vivos, por su parte en 2015, se produjeron 68 x 100,000 nacidos vivos, significando un descenso considerable de alrededor de 75%.⁶

Actualmente existen consensos acerca de la mejor conducta terapéutica para el actuar de forma oportuna en el último periodo del parto.⁶

Acciones importantes se han desarrollado a fin de disminuir las complicaciones en la última etapa del parto, como el manejo activo que incluye la administración de un oxitócico profiláctico previo a la salida de la placenta, así como el pinzado y corte del cordón y la tracción controlada del mismo.⁷

Sin embargo aún existen muchos factores que conllevan a la presencia de hemorragias en postparto por lo que se requiere de estudios que ayuden a conocer cuáles son los principales factores asociados y que incremento de casos o muertes por hemorragia después del parto.

La Investigación que ha sido estructurada en cuatro apartados: El Primer capítulo contemplan el problema, también se abarca la justificación, los objetivos de la investigación y delimitaciones.

El capítulo dos, versa sobre el marco teórico, donde considera los estudios desarrollados sobre el mismo tema, contempla las teorías sustantivas, el marco conceptual y glosario de términos básicos.

El capítulo tres considera la metodología, consigna el enfoque, diseño, nivel de la investigación, la población y muestra los criterios de selección, la descripción de variables, técnica e instrumentos para la recolección de datos, los procedimientos para el procesamiento de datos y los aspectos éticos.

En el capítulo cuatro, está referido a los resultados y la discusión de datos, así como también el análisis y la interpretación de resultados en base al marco teórico. Finalmente se dan a conocer las conclusiones inferidas a partir del análisis de resultados en las cuales se evidencia los resultados más sobresalientes que encontró la investigación y las recomendaciones aplicables en base a los resultados obtenidos y por último se encuentra la bibliografía y los anexos que se utilizaran para la investigación.

CAPÍTULO I: ASPECTOS DE LA PROBLEMÁTICA

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA.

Una de las principales complicaciones que ocurren en la tercera etapa del parto es la Hemorragia postparto, considerada dentro de los principales factores de Mortalidad Materna, pero, a pesar de identificarse soluciones, los Gobiernos han tardado en implementar programas para contener el problema. La Pobreza, la pobre educación siguen siendo el factor concomitante para Hemorragia Postparto. ¹

La pérdida sanguínea de por lo menos 500 ml sucedido el alumbramiento por vía vaginal es conocida como hemorragia postparto, pero también la pérdida de 1000 ml de sangre en una cesárea.² Entre otras definiciones encontramos al sangrado postparto que presenta cambios hemodinámicos que requieren transfusión de sangre, por otro lado también se conoce como la diferencia del hematocrito en más del 10% comparado con el análisis de hematocrito al ingreso. ³

Las hemorragias postparto son consideradas como la segunda razón para el fallecimiento de mujeres parturientas alrededor del planeta y la tercera razón más frecuente en las naciones subdesarrollados. Además, se considera la causa primordial de morbilidad materna dejando daños como por ejemplo, falla renal, trastorno de problemas respiratorios, coagulopatías entre otros. ⁴

Estadística internacionales demostraron que alrededor de 529,000 muertes maternas se producen al año en el mundo, de estas 166,000 son principalmente de causas por hemorragias posparto, eso quiere decir que el 25% de madres fallecidas, esta representadas por esta complicación, asimismo manifiesta el organismos de salud que los fallecimientos de madres ocurren en las primeras cuatro horas de sucedido el parto. ^{1,5}

Cuando mencionamos al Perú, puede evidenciar una evolución en los indicadores de mortalidad de las madres, así tenemos que, en 1990 la RMM representaba a 251 por mil nacidos vivos seguida de 140 para el 2000, 114 (2005), 93 en el 2010 y 68 en el año 2015, cifras que son una estimación de la investigación realizada por entes internacionales en apoyo de otras entidades como el Banco Mundial. ⁶

Durante el 2011, se realizó una estimación, alrededor de 550 muertes se presentaron teniendo una variabilidad que oscila entre 527 y 573, no hay que dejar de lado que existen sud registros siendo los años 2002, 2003 y 2006 los años que mayor subregistro presentaron. ⁷

Otros datos estiman que la mortalidad materna fue de 6.9 por cada cien mil mujeres en edad fértil en el 2011, siendo las causas primordiales de estas muertes en los años 2002-2011 las hemorragias obstétricas, representando el 48.8%, seguido de los problemas de la presión como la preeclampsia eclampsia e HIG, en el puerperio y parto.^{1,7}

También podemos mencionar que por departamentos la ciudad de Cajamarca ocupa el primer lugar en muertes maternas por hemorragias obstétricas presentando el 14.2%, seguida de Puno con 10.9%, Piura con 8.6%, Cusco con 8.2% y Huánuco con 7.5%, estando nuestra región entre los 5 departamentos que presentan mayor índice de muertes maternas.^{6,7}

En Piura para el año 2011, se estimaron 40 muertes maternas, donde podemos evidenciar una tendencia a la disminución por cada año, tal vez se vea reflejada por el fortalecimiento de las diversas estrategias cuya única finalidad son la disminución de las mismas. Así también, la primera causa de muerte, en nuestra localidad tenemos a las hemorragias obstétricas., seguida de las complicaciones de la presión arterial en el embarazo parto y puerperio y en tercer lugar se presentan las muertes debidas a complicaciones no obstétricas.⁶

A la fecha no se cuenta con estudios que nos demuestran la razón exacta de muerte materna así como el número de muertes maternas, sin embargo en nuestra región por reportes de la dirección regional de salud, encontramos reportes del 2015, donde se presentaron 42 muertes maternas seguidas de 34 en el 2016 y 24 en el 2017 es decir la tendencia de la investigación realizada en el 2011 es a disminuir.⁸

En la disminución de las muertes en nuestra región se puede destacar la implementación del centro Referencial de Urgencias, Emergencias y Desastres de la dirección regional de la salud Piura. Hasta antes de eso, de enero a julio del 2017 ocurrieron 26 muertes maternas, y de enero a abril del 2018 solo se han presentado 8 muertes maternas.⁹

El Hospital II-2 Santa Rosa es el único hospital del Ministerio de Salud, que atiende a pacientes de la región Piura, por ello en el año 2015 se produjeron 5 muertes maternas directas producidas por complicaciones del embarazo, parto y puerperio, mientras que en año 2016, ocurrieron 4 muertes maternas siendo de estas 2 de causas directas como la sepsis y hemorragia posparto (atonía uterina).

El Hospital II-2 Santa Rosa es un nosocomio referencial, donde se tratan altas complicaciones, siendo la población gestante la que más acude a nuestra institución ya sean de nuestra jurisdicción o aquellas que acuden referidas de los diferentes centros de salud de nuestra región.

Por otro lado las hemorragias posparto no son ajenas a nuestras instituciones, presentándose en muchas ocasiones, a pesar de la implicancia que propicia la presencia de hemorragias después del parto hay que acotar que es una complicación altamente prevenible. Por ello, identificar qué factores se asocian permitirá al personal de salud estar alertas y poseer todas las estrategias necesarias a fin de disminuir los efectos de esta emergencia., en base ha esto nos planteamos la siguiente interrogante: ¿Cuál son los factores de riesgo que se asocian con hemorragias postparto en el hospital de la amistad Perú Corea II-2 Santa Rosa – Piura 2017?

1.2. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Se pretende con el presente estudio recopilar información importante a fin de determinar la asociación significativa entre algunos factores y la presencia de las hemorragias postparto, sabiendo que las hemorragias postparto, a nivel nacional y regional, se consideran como principal factor de mortalidad de la mujer, tanto en el embarazo, parto y puerperio, en este caso nos avocaremos a las hemorragias postparto porque nuestro hospital al ser uno de los centro hospitalario de mayor nivel atiende a parturientas de todo los centros de salud de la región.

La importancia práctica del estudio, radica en, recolectar información sobre las hemorragias postparto, a pesar de presentar complicaciones del puerperio, con gran número de hemorragias ya sean por parto vaginal o cesárea, en nuestro hospital no existen protocolos, de atención, esta información servirá para que los profesionales que dirigen nuestra institución cuenten con una herramienta crucial para que elaboren estrategias de intervención o protocolos de atención que minimicen la presencia de estas complicaciones.

Por otro lado, la importancia científica está dada por que servirá de bibliografía, la cual es necesaria como fuente de información para futuras investigaciones iguales o parecidas, además servirá como literatura para estudiantes tanto de pregrado como especialistas ya que nuestro hospital es un centro hospitalario que brinda formación tanto de internado como residenciado.

A nivel social es de gran importancia porque el conocer la asociación entre los factores de riesgo y la hemorragias postparto, nos ayudará a detectar a tiempo los factores maternos que se encuentra arraigados por costumbres y creencias en donde la población se reusa aún a acudir al parto institucional.

Finalmente se pretende con esta investigación fortalecer los centros hospitalarios como es nuestro hospital, donde al final se busca mejorar la salud materna, y que mejor, que teniendo resultados que demuestren la disminución de la muerte materna.

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1. Objetivo general

Determinar los factores de riesgo asociados con hemorragias postparto en el Hospital de la amistad Perú Corea II-2 Santa Rosa de Piura 2017

1.3.2. Objetivos específicos

- Determinar perfil sociodemográficos de las pacientes con hemorragia postparto atendido en el hospital de la amistad Perú Corea II-2.
- Identificar los factores de riesgo antes del parto asociados a hemorragias postparto de pacientes atendidas en el hospital de la amistad Perú Corea II-2.
- Conocer los factores de riesgo durante el parto, asociados a hemorragias postparto en pacientes atendidas en el hospital de la amistad Perú Corea II-2.

1.4. DELIMITACION DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación se realizará en el Hospital de la Amistad II2 Perú Corea Santa Rosa de Piura, durante el año 2017, siendo factible porque se cuenta con los recursos económicos para su ejecución.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

A nivel internacional:

Iglesias J., Urbina D, (2016)¹¹, en Nicaragua en su estudio “Factores de riesgo Asociados a hemorragia postparto”, en las mujeres que resultaron ser atendidas en el servicio de Gineco Obstetricia, , dicho estudio tuvo el propósito de detallar los factores más resaltantes para la morbilidad inducida por esta complicación; el método utilizado fue de tipo descriptivo, retrospectivo, de corte transversal, Con enfoque cualicuantitativo, encontrando que de 27,998 partos vía vaginal y cesárea atendidos registrándose una mayor incidencia en mujeres con edades de la segunda y tercera década de la vida, así mismo son origen rural y no tienen escolaridad; de este modo los factores antes del parto con mayor relevancia son: ser Primigesta, tener anemia, ser gran múltipara, mientras que en el parto los más conocidos son los partos extra hospitalarios, parto precipitado, parto domiciliar, el parto prolongado. Concluyendo que se tiene que seguir vigilando el nivel primaria, seguimiento y charlas educativas a las embarazadas: lo que se debe complementar a nivel secundario con la capacidad de poder manejar los casos con personal capacitado y equipamiento adecuado.

Muñoz H. en Ecuador (2013)¹², realizó la investigación titulada “incidencia de las complicaciones de la hemorragia postparto en adolescentes, cuyo objetivo fue; determinar cuál fue la incidencia de las complicaciones producidas por las hemorragias postparto en adolescentes de 14 a 19 años de edad, se contó con una muestra de 60 casos y la metodología fue observacional de corte transversal obteniendo los siguientes resultados: la edad, representaba el 41%, el 73% fueron nulípara. Los restos placentarios, la causa con mayor frecuencia, seguida de hipotonía (42%). Los problemas posteriores fueron la anemia, al final refiere que identificar tempranamente los cambios en los signos y síntomas de la puerpera podrían prevenir alguna complicación.

López L. en Ecuador (2012)¹³, en su investigación titulada: hemorragias postparto, prevalencia y factores asociados, en donde tuvo como objetivo determinar la prevalencia y factores de riesgo de hemorragias postparto, utilizó una muestra de 409 parturientas con un enfoque descriptivo trasversal, encontró como factores de riesgo a los recién nacidos de mayor peso 3500gr (RP3.34), anemia (RP2.34), uso de sulfato de magnesio (RP3.34), concluyendo demostrando que los principales factores

de riesgo que se asocian con hemorragias postparto se encuentran la episiotomía, multiparidad y fase activa prolongada.

Bonifaz G. en Ecuador,(2010)¹⁴ realizó la investigación: Hemorragias postparto en el área de Obstetricia del Hospital Provincial General Docente de Riobamba, cuyo objetivo fue verificar la presencia de hemorragias postparto, el estudio fue transversal, con una población de 129 pacientes , encontrando que 48% son casadas; la situación económica baja representaba el 68%; la instrucción primaria lo conformaba el 36% las edades entre los 24 - 29 años, representaron el 32%; y finalmente la anemia represento el factor de mayor riesgo. Al final manifestó mencionando que los factores asociados a hemorragias postparto se encuentran la anemia, desnutrición, pacientes primigestas, gran multíparas, cesárea anterior, eclampsia, varices, miomatosis uterina y embarazo múltiple. ¹²

Suárez J., Gutiérrez M., Corrales A., Benavides M., Carlos D, en Cuba (2010)¹⁵ en su estudio “Algunos factores que se asocian a morbilidad obstétrica grave” tuvo como finalidad describir los principales factores relacionados con la morbilidad obstétrica grave para lo cual utilizó el método descriptivo longitudinal y prospectivo determinando que 93 pacientes presentaron morbilidad obstétrica grave. Donde se identificó que las causas con mayor relación estuvieron relacionadas con la hemorragia con 39,8 % y la preeclampsia 37,6%; la sepsis solo apareció relacionada en un 4,3 %; Concluyendo, que existe una relación directa entre los resultados maternos y los resultados perinatales en este grupo de pacientes.

A nivel nacional:

Flores L. (2018)¹⁶, Factores de riesgos asociado a hemorragia del puerperio inmediato, donde el objetivo estaba destinado a identificar qué factores de riesgo se asociaban a hemorragia del puerperio en el Hospital PNP Luis N. Sáenz. Material y método: Trabajo de tipo retrospectivo, analítico de caso-controles. La muestra fueron la totalidad de puérperas (716). Los casos lo conformaron 20 pacientes que presentaron hemorragia del puerperio inmediato, se seleccionó 40 puérperas como controles que no presentaron hemorragia del puerperio inmediato, resultados: entre los factores asociados estaban la edad de 35 años a más ($p = 0.000$; $OR=7,9$, $IC95\%= 2.31 - 26.9$), multiparidad ($p = 0,001$; $OR 7,42$ con $IC 95\%= 2.07 - 26.55$), antecedentes obstétricos ($p = 0,00$; $OR = 11$; $IC 95\% =2,83 - 42,76$),cesárea ($p =0.001$; $OR =8.3$, $IC 95\% =2.31 - 29.87$) y el antecedente obstétricos más frecuente fueron pacientes multigestas representando 60%. Conclusiones: se encontró que la edad de 35 años a más, multiparidad, antecedentes obstétricos y parto por cesárea, fueron los principales factores de riesgo para presentar hemorragia del puerperio inmediato.

Gil M. (2016)¹⁷, en Lima, en su estudio “Factores asociados a hemorragia post parto inmediato por atonía uterina en el hospital Guillermo Almenara Irigoyen”, con el propósito de determinar los factores y su asociación con la hemorragia postparto, por atonía; para lo cual se realizó un estudio analítico, retrospectivo, transversal, de casos y controles, en donde sus principales resultados fueron la edad mayor a 30 años ($p = 0,000$; OR = 3,64, IC 95% 1,8 - 7,0), pacientes multigestas ($p = 0,021$; OR 2,15 con IC 95% 1,11 - 4,17), multiparidad ($p = 0,017$; OR = 2,17; IC 95% 1,14 - 4,10), parto por cesárea ($p = 0,000$; OR = 6,64; IC 95% 2,56 - 17,1), antecedente de cesárea previa ($p = 0,001$ y OR = 2,95; IC 95% 1,5 - 5,6) y antecedentes obstétricos relacionados con atonía uterina ($p = 0,01$; OR = 3,24; IC 95% 1,28 - 8,24).

Correa M. en Trujillo en el año 2016¹⁸, realizó la investigación Gran multiparidad y Macrosomía fetal como factores de riesgo de hemorragia posparto hospital distrital Santa Isabel, cuyo propósito fue determinar si la Macrosomía fetal y la gran multiparidad, eran factores que se asociaban a las hemorragias posparto, usando un estudio observacional, analítico, de caso y controles, donde se trabajó con una muestra de 445 mujeres, de las cuales 89 presentaron hemorragia postparto (casos), mientras que 356 mujeres no presentaron hemorragia postparto. Entre los resultados tenemos que 16.9% casos presentaron gran multiparidad mientras que el 9.4% de los controles presentaron gran multiparidad. Esto demostró que la gran multiparidad es un factor de riesgo para presentar hemorragia postparto, con un OR= 1.97 con un IC al 95% 1.02 y 3.82 ($p=0.04$). Por otro lado la Macrosomía fetal es factor de riesgo de hemorragia postparto, hallándose un OR= 3.01 con un IC al 95% que fluctúa entre 1.42 y 6.77 ($p=0.001$). Conclusiones: La gran multiparidad y Macrosomía fetal son factores de riesgo de hemorragia postparto.

Marin P., en Amazonas (2015)¹⁹ en su estudio “Factores de riesgo asociados a hemorragia postparto inmediato vía vaginal en pacientes atendidas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Amazónico”, tuvo como finalidad conocer si existía asociación de factores de riesgo y la presencia de hemorragia post parto inmediato vía vaginal, para lo cual utilizó el método retrospectivo y transversal y el nivel de investigación descriptivo encontrando como resultados que la edades oscilaban entre 20 a 34 años, seguidas de las pacientes que solo estudiaron en nivel secundario, las amas de casa y estado civil de convivencia.

Rosario A., en Lima (2015)²⁰ en su estudio “Factores de riesgo asociados a la hemorragia post parto en pacientes atendidas en el hospital Sergio Bernales comas” tuvo como objetivo determinar los factores de riesgo asociados a la hemorragia postparto. Para lo cual utilizó el método analítico, retrospectivo de casos y controles, obteniendo que la incidencia de hemorragias después del parto fue de 0,41; para el caso de factores sociodemográficos,

tenemos: la ocupación de ama de casa 71%, mientras que la categoría adultas predominaron con 69,2%. Para el caso de los factores obstétricos, tenemos que la atención de la gestación adecuada representó 64,1%, multíparas 53,8%, duración del trabajo de parto adecuado 43,6%, parto precipitado 33,3%, parto vía vaginal 94,9%, macrosomía fetal 53,8%, lesiones del canal de parto 79,5%, Concluyendo que los factores de riesgo relacionados a la HPP, fueron significativos, siendo estos la macrosomía fetal, retención de restos placentarios y laceraciones del periné y finalmente el parto precipitado.

Altamirano P. (2012)²¹, en Lima en su estudio: “Factores de alto riesgo asociados a hemorragia postparto inmediato en el Hospital María Auxiliadora”, cuya finalidad fue determinar los factores de alto riesgo asociadas a hemorragia postparto inmediato, utilizando un tipo de estudio retrospectivo, analítico de casos y controles. Teniendo como frecuencia para hemorragias después del parto a 1.52%. Para el caso, los principales factores asociados se encontraron el ser primigesta 23.8%, infección de vías urinarias 11,9%, período intergenésico largo con 11.1%, talla baja 8.7%, añosa 7.4%, anemia 6.3%. Entre los principales factores de riesgo intraparto se encontraron: episiotomía 40.3 %, ruptura prematura de membrana 14,7%, parto precipitado 12,8%, oxito-conducción 10%, parto prolongado. Al aplicar la prueba Chi cuadrado se encontraron 2 factores cuyos valores de p fueron estadísticamente significativa ($p < 0.05$), el parto precipitado ($p = 0.039$) y la episiotomía ($p = 0.021$). Determinando de esta manera que los factores de riesgo intraparto identificados son la episiotomía y el parto precipitado. Los resultados refieren que la episiotomía presentó mayor riesgo de hacer hemorragia después del parto, seguida del parto precipitado, siendo las principales causas de hemorragia postparto el desgarro del canal del parto, atonía uterina, retención de restos placentario. La frecuencia de Hemorragia Postparto en el Hospital María Auxiliadora fue de 1.52%.

A nivel local

Temoche H., en Piura (2014)²² realizó el estudio Preeclampsia severa como factor predisponente de hemorragia postparto inmediato en gestantes del Hospital Santa Rosa de Piura, donde el objetivo fue conocer si la preeclampsia severa predispone la presencia de hemorragia postparto, utilizando como método observacional, analítico, longitudinal y retrospectivo. Encontrando que de 160 usuarias que presentaron la complicación de Preeclampsia: sus edades estaban comprendidas entre los 15 a 45 años, el promedio de la edad fue de $26,10 \pm 8,49$ años, la paridad promedio fue de $1,96 \pm 1,13$ hijos, con un mínimo y un máximo de 1 a 6 hijos; con respecto al tipo de parto: el parto por vía vaginal en un 20% de los pacientes con preeclampsia severa y un porcentaje mayor correspondiente al 80% por cesárea. La clasificación para verificar el grupo etario fue menor de 18, de 19 a 34 años y

mayor de 35 años, aquí predominaron las que tenían edades de 19 a 34 años con 53%, cuando se asoció hemorragia postparto y preeclampsia severa, solo 12 pacientes presentaron preeclampsia y hemorragia después del parto, siendo la de tasa de incidencia del 15%, encontrándose un $p < 0.05$ (0.014) así mismo un riesgo relativo significativo >1 (1.73) IC [1.26-2.32] hallándose relación causal entre las variables, por lo cual se determina como factor de riesgo a la preeclampsia severa para desarrollar hemorragia postparto inmediato.

2.2. BASES TEORICAS

Una de las complicaciones que temen los profesionales de la salud y las madres gestantes son las hemorragias postparto, ya que corresponde a las tres causas principales de muertes maternas en el planeta. Generalmente se caracteriza como una pérdida de sangre superior 500 ml, sucedido un parto normal o 1,000 ml, posterior a un parto por cesárea.^{1,23}

La hemorragia postparto (PPH) suele presentarse con mayor frecuencia dentro de las primeras 24 horas después del parto y es normalmente la más extrema. Las causas principales de hemorragias después del parto, considera a la atonía uterina, lesiones / cortes, restos de placenta y modificaciones en la coagulación, siendo la atonía la más sucesiva. La detección es clínica y el tratamiento debe abarcar medidas generales de diagnóstico y estabilización.²⁴

El puerperio es el período de mayores complicaciones en el postparto, en el que los cambios anatómicos y utilitarios vuelven a su estado no gestacional típico. En este período las complicaciones que ocurren pueden desencadenar un resultado letal, más aun cuando estas complicaciones son varios, esto constituyen un problema médico que da resultados negativos para el país y la población.²⁵

Hemorragia post-parto

Muchos criterios se dan a la hora de definir la hemorragia post-parto, aceptándose varias definiciones en cuanto a diferentes parámetros se estimen. Se define como la pérdida sanguínea mayor de 500 cc después de un parto vaginal y/o la pérdida sanguínea mayor de 1,000 cc después de una cesárea; provocando la disminución en un 10% de los niveles de hematocrito en relación al hematocrito antes del parto o la cesárea, así mismo la paciente puede presentar síntomas como (mareo, síncope) o que son signos de la hipovolemia (taquicardia, hipotensión, oliguria). Se estima como la pérdida de sangre mayor a los 500cc, durante el alumbramiento produciéndose una pérdida promedio de 300cc de sangre. Esta

cantidad se considera como punto indicador a partir del cual incrementa el riesgo materno de shock.^{1, 25}

Hemorragia Postparto (HPP): Se estima como hemorragia después del parto cuando hay una pérdida de líquido sanguíneo mayor a los 500cc, durante el alumbramiento produciéndose una pérdida promedio de 300cc de sangre. Esta cantidad se considera como punto indicador a partir del cual incrementa el riesgo materno de shock.²⁵

A su vez, es necesario diferenciar la hemorragia postparto precoz y hemorragia tardía. Considera como hemorragia postparto precoz a aquella que se presenta durante las primeras 24 horas posteriores al parto, mientras que la hemorragia tardía se presenta posterior a las 24 horas tras el parto inclusive puede suceder luego de 6 semanas tras el mismo.²⁶

En estos caso la capacidad de la placenta para contraerse, se ve disminuida, logrando separarse cuando el útero va disminuyendo de tamaño, cuando sucede esto las fibras del útero se vuelven tensas mientras que el útero se pone globuloso, en ocasiones llega al abdomen y a veces atraviesa la línea media abdominal.²⁷

Hemorragia Postparto Inmediato: Se presenta dentro de las 24 horas posteriores al nacimiento. Hemorragia Postparto Tardía: Se presenta posteriormente a las 24 horas, y dentro de los primeros 10 días de ocurrido el parto. Hemorragia del Puerperio Alejado: Se presenta posterior a los diez días, hasta los 45 días consecutivos al nacimiento.

Hemorragia del Puerperio Tardío: Se presenta luego de los 45 días, hasta los 60 días luego del nacimiento. Atonía / Hipotonía Uterina: El miometrio no se contrae y no forma las ligaduras de Pinard. El causante es la sobre distensión uterina. Es el principal factor por qué ocurre la hemorragia postparto inmediata.

Las hemorragias después del parto son hoy en día la principal causa de mortalidad Materna. Parala Organización Mundial de la Salud, el 2005 los sangrados abundantes y que sucedieron en hemorragias después del parto graves, fueron el primer lugar de las causas de Muerte Materna, dando cuenta de un 25% de las muertes de madres²⁵, independiente del nivel de desarrollo y/o ingreso per cápita de cada país.^{5, 20, 28}

Para la FIGO la mortalidad de las madres tiene una tasa que varía de 30 a 50%, esto dependiendo de las condiciones de cada país.²⁶El objetivo establecido para 2015 es reducir la mortalidad materna por sangrados después del parto (HPP), en un 75% con medidas adecuadas de prevención y tratamiento^{4, 20, 29}

Manejo inicial de la HPP

Ante la presencia de una hemorragia después del parto, la actividad rápida y sucesiva es significativa. Se prescribe tener un plan de actividades anteriormente establecido que es común para el personal de maternidad. El obstetra debe poseer las destrezas que le permitan discernir en que maniobra utilizar, a fin de que sea la más exitosa en la detección de la hemorragia, es así que se busca disminuir la ejecución de medidas, las cuales deben ser más menos posibles. Así mismo debe coordinarse ayuda multidisciplinaria (enfermería, anestesia, obstetras) en caso de no poder controlar la hemorragia con medidas generales.²⁹

Los pasos de inicio debes estar dirigidos a mejorar la hemodinámica de la mujer, Para esto, el tratamiento de líquidos o lactato de Ringer debe establecerse en una proporción de 3: 1 (300 cc de sustitución por cada 100 perdidas). Como regla general, la transfusión debe considerarse como cuando se han perdido alrededor de 1 a 2 litros de sangre. En tales condiciones, si se regulan al menos 5 concentrados de glóbulos rojos, se debe agregar nuevo plasma fresco congelado, para disminuir el efecto de la coagulopatía por dilución. Posteriormente se deberán administrar concentrados de plaquetas, cuando el resultado de laboratorio de la misma se encuentre por debajo de 20.000, o de presentarse una disfunción plaquetaria. Un concentrado de hematíes incrementa el hematocrito en un 3% y seis concentrados de plaquetas suponen una elevación de 30.000/ microL en el recuento.²⁸

En ese lapso de tiempo, las funciones de vida como la presión de las arterias, el pulso la saturación de oxígeno, deben ser monitorizadas y registrar cada 30 minutos, se considera, no continuar con trasfusiones si se ha logrado establecer una hemoglobina >8 gr/dl (hematocrito >21%), recuento plaquetario >50.000, o tiempos de coagulación (TP y TTPa) inferiores a 1,5 veces el valor control. En caso de no mantenerse saturaciones de oxígeno superiores a 92%, debe instaurarse oxigenoterapia de soporte con mascarilla.²⁹

Al mismo tiempo, se debe colocar un catéter urinario con la triple capacidad de favorecer la dinámica uterina (debido al vaciado de la vejiga), preparar al paciente si ocurriera una emergencia quirúrgica y controlar la diuresis. Un volumen diurético > 30 ml / hora se considera satisfactorio.^{28, 29}

Factores predisponentes de la Hemorragia Postparto: Existen factores aumentan la presencia de hemorragia postparto. Gran parte de estas interfieren en el curso normal del sangrado así tenemos a la atonía uterina, desgarros, retención de productos placentarios y alteraciones de la coagulación. Una buena regla nemotécnica para tenerlas presentes son las

4 «T»: Tono (atonía uterina), Tejido (retención de productos de la concepción), Trauma (lesiones del canal genital), Trombina (alteraciones de la coagulación) ²⁸

Es indispensable y necesario identificar a la paciente portadora de riesgo que podrían llevarla a presentar hemorragia posparto. Estos factores son clasificados, por el momento de la ocurrencia, como anteparto e intraparto. ²⁸

Sobre distensión uterina: Si el útero está sobre distendido por gemelos, macrosómico, hidramnios o multiparidad, las fibras musculares se han estimado a tal punto que no cuenta con la capacidad de retraerse con la rapidez y contraerse con la firmeza necesaria para ocluir los vasos abiertos en forma rápida después del parto. ²⁹

Desgarros o laceraciones: se puede presentar hemorragias después del parto, de importancia considerable estas laceraciones puede ocurrir a nivel de la vagina, se puede presentar como rotura del útero, laceración en el cérvix e incluso de episiotomía. Algunos autores afirman que el sangrado de una episiotomía medio lateral es de 250ml. Otras características que ayudan a la presencia de hemorragias después del parto se presentan y que procuren una fatalidad en la mujer están relacionadas con la anemia, una madre que presenta una anemia en el embarazo no va estar capacitada para afrontar una hemorragia en el parto o después del mismo esto contribuye a la mortalidad; por que la mujer anémica no puede tolerar una pérdida de sangre que una mujer saludable podría hacerlo ³⁰

Lesiones del Canal del Parto: Es otra causa de hemorragia en el postparto, suelen estar relacionadas con partos instrumentales que causan lesiones en el canal blando del parto; así mismo pueden resultar de partos espontáneos muy veloz o por macrosomía fetal. Constituyen la segunda causa de hemorragia posparto. El daño del tracto genital puede ocurrir espontáneamente o por manipulación usada para la extracción del feto. El traumatismo suele presentarse posterior al parto prolongado, especialmente en pacientes con desproporción céfalo pélvico relativo o absoluto y en útero donde se ha utilizado medicamentos uterotónicos. El traumatismo se puede presentar posterior a la manipulación intrauterina del feto y existe riesgo alto asociado a versión externa. Finalmente, puede presentarse posterior a la extracción manual de la placenta. ^{27, 31}

En casos de rotura uterina esta suele presentarse en mujeres con cesárea previa. Es importante mencionar que posterior a todo parto es necesaria la evaluación del canal vaginal a fin de descartar cualquier tipo de laceración, ya que estas suelen suceder, después de manipulación con instrumentos. ³¹

Atonía uterina:

Es la causa más frecuente, siendo responsable del 80-90% de las HPP. Factores de riesgo: sobredistensión uterina (por gestación múltiple, hidramnios o feto Macrosomía), agotamiento muscular (por parto excesivamente prolongado, rápido y/o gran multiparidad), corioamnionitis (fiebre, RPM prolongada). Conviene recordar la premisa: “Un útero vacío y contraído no sangra”.²⁸

Conocido también como la incapacidad del útero de contraerse adecuadamente después del alumbramiento. Hay evidencia estadísticamente significativa de que el manejo activo de la tercera etapa del parto, incluso independientemente de qué especialista lo efectúe, reduce la HPP, la necesidad de transfusión y la cuantía del sangrado.³⁴

El manejo activo consiste en el uso de uterotónicos: Administrados después del alumbramiento como la Occitocina (10 UI IV o 5 IM), Ergometrina o Metilergometrina (0.2mg IM). Contraindicada en pacientes cardíopatas, con preeclampsia, eclampsia o HTA, Syntometrina (Occitocina 5 UI + Ergometrina 0.5ml por ampolla IM). Aunque no se han indicado distinciones cuando se contrasta con pacientes que no experimentaron frotamiento uterino en la medida de la muerte, también disminuyó la necesidad de utilizar uterotónicos.³³

Además, si ocurriera una HPP duradera, la oxitocina debería utilizarse 20-40 UI por litro de suero fisiológico a 60 gotas por cada momento, si el drenaje persiste a pesar de la utilización de Oxitocina: Ergometrina o Metilergometrina 0.2-0.5 mg Intramuscular moderado y con poca probabilidad de que continúe 0.2 mg intramuscular cada 2 a 4 horas para una dosis extrema de 5 dosis.³¹

Otro manejo es la tracción controlada del cordón umbilical: Consiste en una tracción suave y mantenida del cordón umbilical manteniendo una compresión en el fondo uterino, que debe efectuarse durante la contracción uterina (ha mostrado ser más eficiente para prevenir HPP que su no uso). No debe efectuarse tracción del cordón sin compresión del fondo uterino ni fuera de la contracción. Ha registrado mejores resultados en los casos de hemorragias moderadas, pero sin diferencias significativas en casos de hemorragias severas.

³²

Por otro lado también el masaje uterino post alumbramiento: Puede ser necesario y eficaz hasta dos horas post alumbramiento y hay que asegurarse de que no haya relajación del útero luego de detener los masajes. Si bien no se ha mostrado diferencias al compararlo con pacientes a las que no se les efectuó masaje uterino en cuanto a la cuantía del sangrado, sí disminuyó la necesidad de utilizar uterotónicos de forma adicional.³³

También en caso de persistir la HPP se debe utilizar Occitocina 20–40 UI por litro de suero fisiológico a 60 gotas por minuto, si el sangrado persiste a pesar del uso de Occitocina: Egometrina o Metilergometrina 0.2–0.5mg intramuscular lento y si persiste 0.2mg intramuscular cada 2 a 4 horas por máximo 5 dosis. No exceder 1mg en 24 horas por riesgo de crisis hipertensiva, Syntometrina 1 ampolla IM (el uso endovenoso puede causar hipotensión brusca severa), Misoprostol 800µg rectal o sublingual. Si con el manejo farmacológico no se logra controlar la HPP, se debe: Efectuar compresión bimanual uterina (interna-externa) Compresión aórtica con control de pulso femoral, Taponamiento intrauterino³⁴

El acretismo Placentario, es otra de las complicaciones de hemorragias consiste en la inserción y adherencia anormal de la placenta al tejido uterino. Se clasifica en: Placenta acreta: Placenta adherida firmemente a miometrio sin plano de clivaje, Placenta increta: Placenta invade miometrio, Placenta percreta: Placenta penetra hasta la serosa pudiendo comprometer órganos vecinos.³⁴

Existen factores de riesgo para desarrollar un Acretismo Placentario de los cuales tenemos: Riesgo moderado, Edad materna avanzada, Multiparidad, Riesgo alto, Cicatriz de cesárea anterior, Placenta previa, Riesgo muy alto, Coexistencia de cesárea previa y placenta previa anterior.

El acretismo placentario es una patología que puede analizarse en medio del embarazo y que debe buscarse a la vista de los factores de riesgo mencionados anteriormente. En la obtención de imágenes de la placenta, la utilización de ultrasonido (transabdominal o transvaginal) es de primera línea como resultado de su amplia accesibilidad, esfuerzo mínimo, ausencia de radiación ionizante y la capacidad de evaluar la vascularización materno-fetal mediante sombreado y Doppler sobrenatural. .

Según lo indicado por las encuestas tardías, tendría una sensibilidad del 90,7% y una especificidad del 96,9% en manos de un administrador entrenado. La otra estrategia de demostración imperativa en medio del embarazo es la resonancia magnética, ya que además es una prueba protegida para el embarazo³³

Por otro lado, la cistoscopia es un procedimiento diagnóstico relevante donde se sospecha de complicaciones en la vejiga, tanto en la determinación de la superficie y profundidad comprometida como en la determinación de la eventual invasión de los meatos ureterales. Es relevante que, pese a exámenes interpretados como normales, la sospecha diagnóstica es lo más importante para implementar la terapia correspondiente³²

Una vez que se ha tomado la determinación del acreatismo placentario, el paciente debe estar lo suficientemente informado para realizar una histerectomía obstétrica y, en medio de todo lo que queda del embarazo, el paciente debe cumplir con las mejores condiciones nutricionales y hematológicas, manteniendo un control estricto de su embarazo. Con reposo relativo y abstención sexual. Ante la posibilidad de que el paciente sea portador de patología no obstétrica, debe corregirse legítimamente (diabetes, HTA, enfermedad).³³

La placenta percreta es la más catastrófica que puede ser diagnosticada en el período preparto. Este diagnóstico debe ser considerado en el monitoreo de una mujer embarazada que súbitamente presenta hematuria, dolor abdominal severo con hipotensión, particularmente si tiene factores de riesgo y una cesárea previa.²⁸ Una placenta adherente anormal, comúnmente suele ser diagnosticada inmediatamente después del parto (especialmente en las pacientes que no tuvieron un control prenatal adecuado y un estudio ecográfico). Las pérdidas sanguíneas en este caso pueden ser tan altas, superiores a 2 500 mL y, si está asociada a placenta previa, el sangrado puede ser aún mucho mayor.³⁴

La hemorragia de una placenta acreta parcial es usualmente más grave que en una acreta focal o total, como resultado de una porción de miometrio que está adherido a dichos fragmentos. En una presentación aguda, el diagnóstico es usualmente clínico. Una placenta adherente anormal con o sin hemorragia puede a menudo necesitar una extracción manual, resultando en fragmentación y legrado complementario. El examen de la placenta después de una extracción normal puede revelar pérdida de cotiledones, de manera que la reexploración manual de la cavidad uterina debe ser realizada para verificar si la remoción de la placenta es completa.³⁵

Si el diagnóstico clínico de una placenta adherente anormal ha sido realizada en el posparto, debido a la incapacidad para localizar el plano de clivaje entre el útero y la placenta, una importante decisión debe ser tomada: conservar el útero o efectuar histerectomía. Un intento persistente para encontrar el plano de separación, donde no existe, puede conllevar a un desastre, ya que la hemorragia puede ser gigantesca. Se ha probado en estos casos que la histerectomía es la mejor alternativa y la mortalidad materna es baja en comparación con un manejo conservador.²⁹ La histerectomía está claramente indicada si la pérdida sanguínea es excesiva o la conservación de fertilidad ya no es una opción. En el caso de placenta percreta, la mortalidad ha sido reducida a un 2% con una histerectomía temprana.³⁴

La retención de tejido placentario y membranas de la placenta es la causa de 5 a 10% de las hemorragias posparto. La contracción y la retracción uterina empiezan luego de la expulsión de la placenta y su correcta expulsión permite una contracción y oclusión de los

vasos sanguíneos respectivos. La retención de una porción de la placenta es más común si la placenta se desarrolla como succenturiada o con un lóbulo accesorio. Normalmente, después de la expulsión de la placenta esta debe ser examinada; más aún, si luego de su expulsión existe sangrado, la placenta debería obligatoriamente ser inspeccionada, para evidenciar la integridad de los vasos sanguíneos y la integridad de las membranas.³³

Estos hallazgos clínicos sugieren una retención parcial o un lóbulo accesorio. Debemos recordar que la retención de placenta es más frecuente en gestaciones pretérmino extremos (menor de 24 semanas) y por ello está normada la revisión de la cavidad uterina en estos casos.³³

El mecanismo normal del alumbramiento incluye el desarrollo de un plano de clivaje en la decidua basal por debajo de la placenta. Este mecanismo puede estar alterado y complicar la salida de la placenta. En estos casos, se requiere realizar la extracción manual, procedimiento que se efectuará si posterior a un tiempo razonable (10 a 30 minutos), el alumbramiento no se ha producido.³⁴

Es justamente en este procedimiento que el profesional que atiende el parto debe vigilar adecuadamente las diferentes formas de placenta adherente anormal que puede encontrar: acreta, increta y percreta. Cada una de estas entidades puede ser focal, parcial o total. Si el plano de clivaje no puede ser localizado por el examinador con la mano dentro del útero, un poco de esfuerzo para remover la placenta debería detenerlo y debe ser formulado un plan de manejo rápido. Un diagnóstico temprano y un manejo óptimo son imperativos, porque las anormalidades de placenta adherente están asociadas con una tasa de mortalidad materna cercana al 7%.³⁵

Algunos estudios indican una incidencia de acretismo placentario en 1 de cada 533 embarazos. La incidencia depende de los criterios de diagnóstico utilizados: clínicos, radiológicos y caracteres histológicos. La incidencia también parece incrementarse con el número de cesáreas realizadas y aún más si hay la combinación de placenta previa y cesárea previa. Una base común para este riesgo es la anormalidad del endometrio.³⁵

Inversión Uterina: Se conoce como la salida del útero por el cérvix, y se deben en general por el exceso en la tracción del cordón umbilical, momentos previos al alumbramiento completo. La fisiopatología corresponde a que el miometrio es el elemento muscular del útero y está formado por fibras oblicuas que envuelven a los vasos sanguíneos. En el alumbramiento, estas fibras se contraen y se retraen; el miometrio se engrosa y el volumen intrauterino disminuye.³⁶

La placenta se contrae y empieza a liberarse mientras que la superficie del útero disminuye. Conforme se va liberando la placenta, el útero se hace consistente y globuloso llegando al abdomen y a veces atraviesa la línea media abdominal. Al culminar un embarazo a término 500 a 800 ml de sangre discurre por la sangre al sitio placentario cada minuto. Mientras que la placenta se libera del útero los vasos se rompen y se produce el sangrado. Las contracciones continuas y coordinadas del miometrio comprimen los vasos locales para controlar el sangrado en el lecho placentario y permiten la formación de un coágulo retro placentario.³⁵

Prevención de la Hemorragia posparto: La evidencia sugiere que el manejo activo del tercer período de trabajo de parto reduce la incidencia y la severidad de la hemorragia posparto.²⁷ El manejo activo es la combinación de la administración de uterotónicos (oxitocina) inmediatamente después del nacimiento del feto, pinzamiento y corte temprano del cordón umbilical y tracción del cordón continua y suave.³⁶

2.3. GLOSARIO DE TÉRMINOS

Hemorragia postparto: Es la pérdida de 500 ml de sangre o más, a través del tracto vaginal que se produce en el período intraparto o postparto inmediato o un descenso del hematocrito del 10 % o más en las primeras dos horas posparto.

Factor de riesgo: Cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas que está asociada con un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a un proceso mórbido.

Factores de Riesgo para Hemorragia Posparto: evento que si no es tratado adecuadamente lleva a la muerte en cuestión de horas. Tradicionalmente los factores que se han considerado como predisponentes para sufrir una hemorragia posparto son: la preeclampsia, el trabajo de parto prolongado, el uso de oxitocina durante el trabajo de parto, los antecedentes de hemorragia posparto, el embarazo múltiple, la macrosomía y la multiparidad.

3.3. HIPOTESIS.

H0: No existe asociación significativa entre los factores de riesgo y la hemorragia posparto en el Hospital de la amistad Perú Corea II-2 Santa Rosa de Piura 2017

H1: Existe asociación significativa entre los factores de riesgo y la hemorragia posparto en el Hospital de la amistad Perú Corea II-2 Santa Rosa de Piura 2017

CAPITULO III: MARCO METODOLÓGICO

3.1. ENFOQUE Y DISEÑO

Se realizó un enfoque cuantitativo, con diseño no experimental, retrospectivo, de tipo observacional de casos y controles ya que estudiará una realidad específica que sufre modificaciones en favor quienes participan en ella. Además es observacional porque vamos a estudiar aspectos de tipo estadístico y demográfico de las gestantes.

3.2. SUJETOS DE LA INVESTIGACION

POBLACIÓN

La población estuvo constituida por todas las pacientes que presentaron hemorragia postparto y fueron atendidas en el servicio de Gineco- Obstetricia del Hospital de la Amistad Perú Corea II 2 Piura, durante el año 2017, se presentaron un promedio de 3,364 partos

MUESTRA

La muestra estuvo constituida por todas las pacientes que presentaron hemorragia postparto (casos) y la misma cantidad para las que no presentaron (controles). Para ambas muestras se seleccionaron la cantidad de 169 pacientes.

Criterios de inclusión de los casos:

- ✓ Historia clínica de pacientes con hemorragia postparto en el año 2017
- ✓ Historia clínica de puerpera completa.

Los criterios de inclusión de los controles fueron:

- ✓ Historia clínica de pacientes sin hemorragia postparto en el año 2017
- ✓ Historia clínica de pacientes con parto sin complicaciones en el año 2017

Los criterios de exclusión de los casos y controles al estudio:

- ✓ Historia clínica con letra ilegible

Tipo de muestreo: El muestreo fue probabilístico, los casos y controles

3.3. MÉTODOS Y PROCEDIMIENTOS

Se solicitó el permiso correspondiente al Director del Hospital de la Amistad Perú-Corea y al Jefe del servicio de Gineco-Obstetricia, a fin de que faciliten el acceso a la revisión de historias clínicas. Una vez recolectada la información se procederá a ordenar y tabular de manera automatizada cada uno de las variables del estudio.

Posteriormente la información se procesó mediante el programa SPSS versión 22, de donde se elaboró los cuadros de contingencias y la relación entre variables con la hemorragia postparto, posteriormente se realizó la expresión a través de la prueba de X^2 (p) y Odds Ratios con sus respectivos intervalos de confianza.

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Técnica:

Para el presente estudio se utilizó la técnica del análisis documental, a fin de recolectar la información, consignada en las historias clínicas de pacientes con hemorragias postparto, atendidas en el periodo propuesto para el estudio.

Instrumento:

Se utilizó como instrumento una ficha de recolección de datos donde se consignaron los datos recolectados de las diferentes historias clínicas, esta ficha será evaluada y validada por juicios de expertos a fin de acreditar el instrumento.

Validez y confiabilidad del instrumento

La validez de contenido se refiere a la validez total del instrumento y la validez específica que cada ítem alcanza, es decir mide lo que se va a investigar, también mide el grado de conservación y concordancia de los puntajes obtenidos por dos o más jueces. Se utiliza la técnica de juicio de expertos para evaluar los instrumentos de cada una de las variables de estudio.

3.5. ASPECTOS ETICOS

Para este caso, solo se trabajará con revisión de historias clínicas, con la autorización del área de admisión y archivo. La recolección de datos en las fichas se realizara de manera anónima, por ser un estudio retrospectivo no se intervendrá en pacientes, sin embargo la información obtenida de historias clínicas será de uso estricto en la investigación, asegurando la confidencialidad.

CAPITULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Resultados.

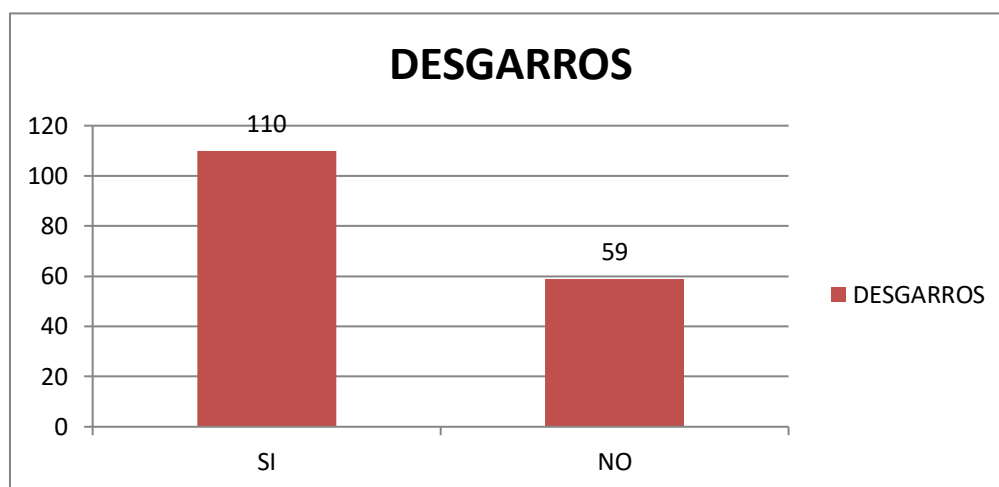
Tabla 1. Factores de riesgo asociados con hemorragias postparto en el Hospital de la amistad Perú Corea II-2 Santa Rosa de Piura 2017.

Factores de riesgo asociados	Valor	p-valor<0.05	N de casos válidos
Desgarros	163,070 ^a	0,000	338
Alumbramiento incompleto	54,591 ^b	0,000	338
Labor de parto precipitada	35,617 ^c	0,000	338
Episiotomía	31,919 ^d	0,000	338
Atonía / Hipotonía uterina	16,795 ^e	0,000	338
Peso al nacer	12,879 ^f	0,002	335
Número de controles prenatales	10,491 ^g	0,005	338
Grupo etario	8,819 ^h	0,012	338
Distocias contráctiles	8,791 ⁱ	0,003	338
Estado civil	7,265 ^j	0,026	338
Uso de medicamentos	6,565 ^k	0,010	338
Paridad	6,032 ^l	0,049	338
Cesárea previa	5,328 ^m	0,021	338
Antecedente de anemia	5,227 ⁿ	0,022	338

Fuente: Elaboración propia, con soporte SPSS v.22.

Interpretación: Son catorce los factores que han demostrado asociación con la hemorragia posparto. Estos factores están ordenados en forma decreciente en razón a su intensidad, más no su orientación (positiva o negativa). Las casillas de recuentos esperados en todas las tablas de contingencia poseen cifras superiores a 5, lo que otorga mayor certeza al p-valor < 0,05, para rechazar la hipótesis nula y demostrar la no independencia entre las variables analizadas.

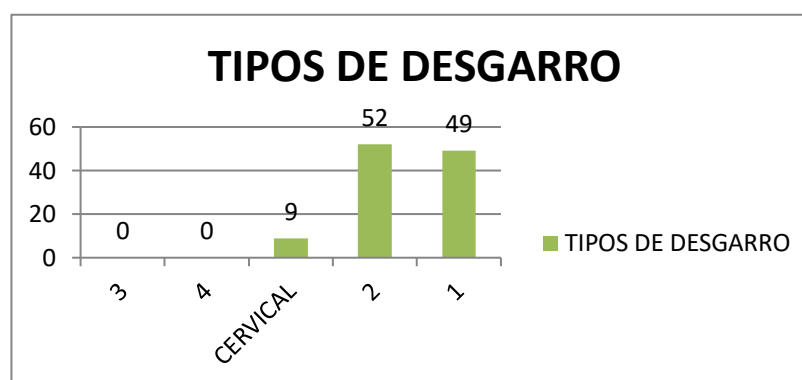
Figura 1. Representación numérica de pacientes que presentaron desgarros obstétricos asociado a hemorragia posparto, en el Hospital de la amistad Perú Corea II-2 Santa Rosa de Piura 2017.



Fuente: Elaboración propia, con soporte MS Excel 2016.

Interpretación: En la figura 1. Se puede observar que las pacientes que presentaron desgarro, fueron 110 pacientes representando el 65% del total.

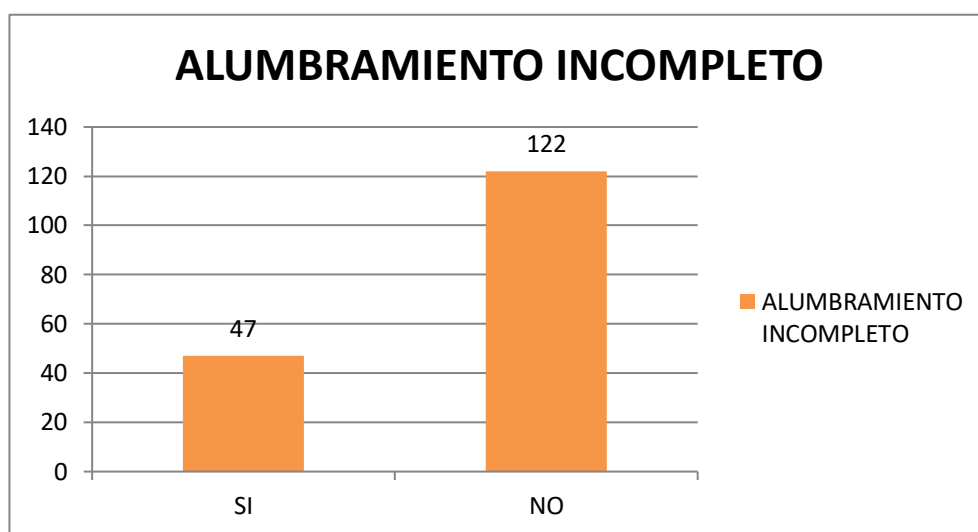
Figura 1.1 Representación numérica del tipo de desgarros obstétricos asociado a hemorragia posparto, en el Hospital de la amistad Perú Corea II-2 Santa Rosa de Piura 2017.



Fuente: Elaboración propia, con soporte MS Excel 2016.

Interpretación: En la **figura 1.1** Se puede observar que de las pacientes que presentaron desgarros obstétricos, 52 (45%) fueron de primer grado, seguido 49 (47%) pacientes que presentaron desgarros de segundo grado y por último 9 (8%) pacientes con desgarro cervical.

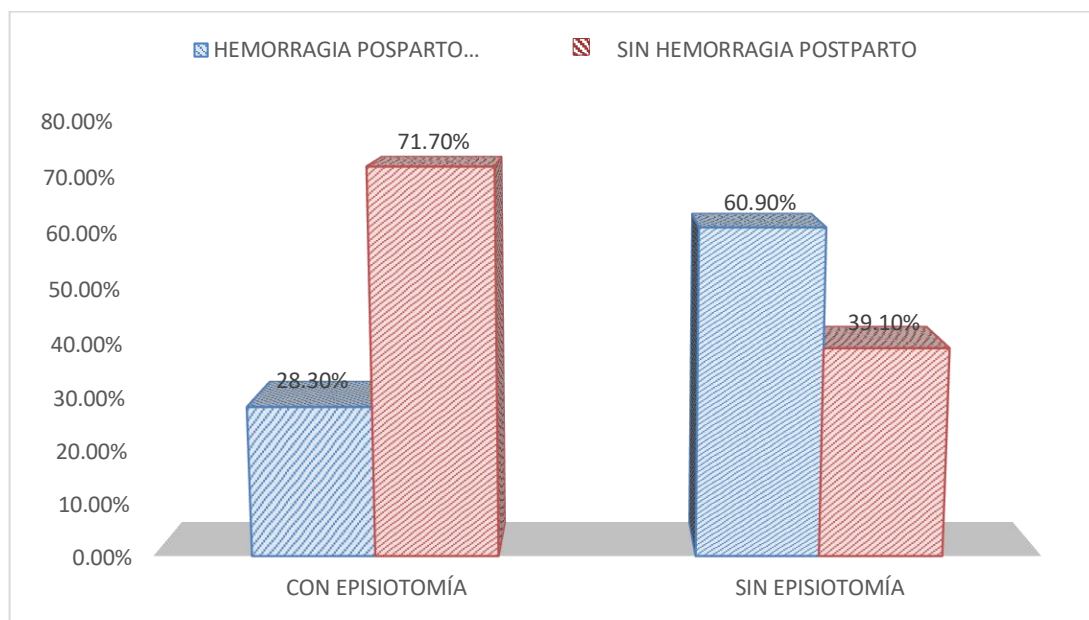
Figura 2. Representación numérica de pacientes que presentaron alumbramiento incompleto asociado a hemorragia posparto, en el Hospital de la amistad Perú Corea II-2 Santa Rosa de Piura 2017.



Fuente: Elaboración propia, con soporte MS Excel 2016.

Interpretación: En la figura 2. Se puede observar que las pacientes con alumbramiento incompleto fueron 47 representando el 28% del total.

Figura 3. Representación porcentual de la episiotomía como factor de riesgo para hemorragia posparto, en el Hospital de la amistad Perú Corea II-2 Santa Rosa de Piura 2017.

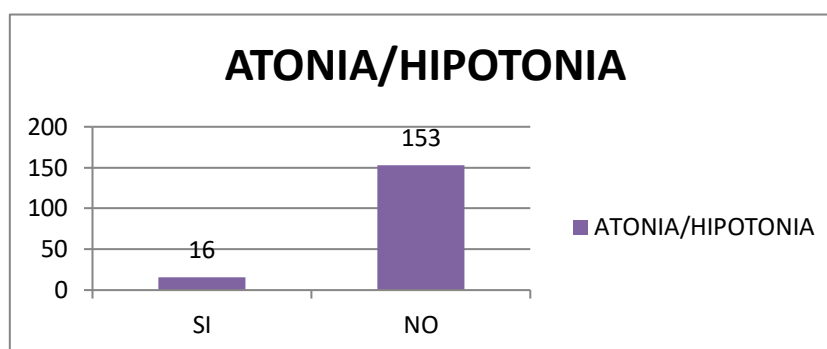


Fuente: Elaboración propia, con soporte MS Excel 2016.

Interpretación: En la figura 3. Se puede analizar que las pacientes a las que se le realizó episiotomía, un 28,30% presentó hemorragia postparto, mientras que un 71.70% no presentó

hemorragia postparto, por otro lado las pacientes sin episiotomía un 60.90% presentó hemorragia postparto y un 39.10% no presento la patología.

Figura 4. Representación numérica de pacientes que presentaron atonía/hipotonía asociado a hemorragia posparto, en el Hospital de la amistad Perú Corea II-2 Santa Rosa de Piura 2017.



Fuente: Elaboración propia, con soporte MS Excel 2016.

Interpretación: En la figura 4. Se observa que las pacientes que presentaron atonía/hipotonía fueron 16, representando el 9% del total.

Tabla 2. Medidas de tendencia central y de dispersión de la edad cumplida en años de pacientes con hemorragia postparto atendido en el hospital de la amistad Perú Corea II-2.

	Media	Mediana	Moda	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
EDAD	26,37	25	23	6,575	15	43

Fuente: Elaboración propia, con soporte SPSS v.22.

Interpretación. Las pacientes con hemorragia posparto son mujeres jóvenes, con una edad promedio de 26,37 años, una mediana de 25 años, con una moda de 23 años. Sin embargo, la hemorragia posparto también se presenta en edades extremas, existiendo pacientes con una edad mínima de 15 años y otras con edad máxima de 43 años; la desviación estándar es de 6,58.

Tabla 3. Distribución numérica y porcentual del perfil sociodemográficos de las pacientes con hemorragia postparto atendido en el hospital de la amistad Perú Corea II-2.

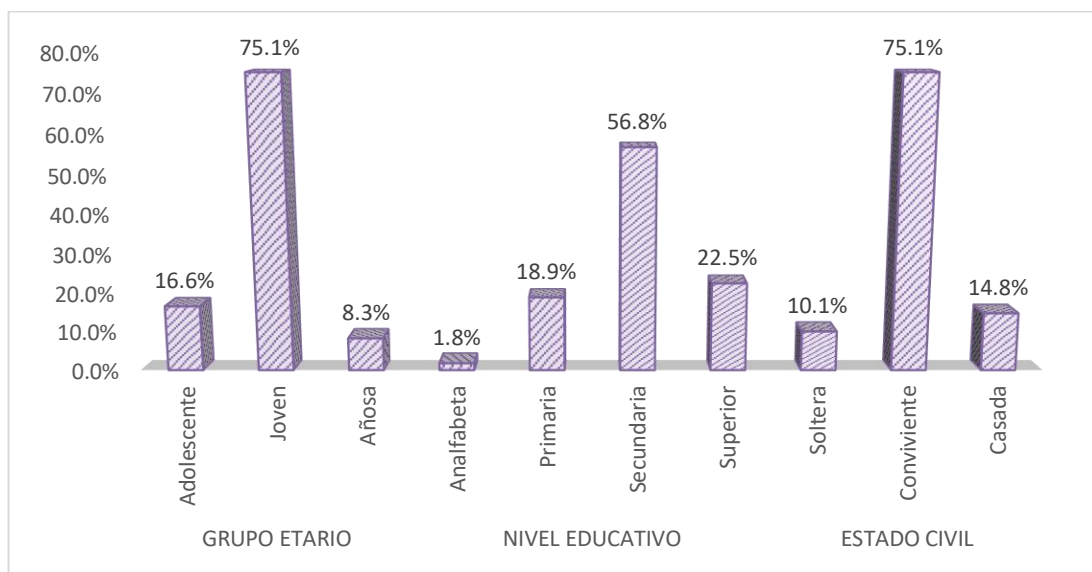
PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO		ni	hi
GRUPO ETARIO	Adolescente	28	16,6%
	Joven	127	75,1%
	Añosa	14	8,3%
	Total	169	100.0%

NIVEL EDUCATIVO	Analfabeta	3	1,8%
	Primaria	32	18,9%
	Secundaria	96	56,8%
	Superior	38	22,5%
	Total	169	100.0%
ESTADO CIVIL	Soltera	17	10,1%
	Conviviente	127	75,1%
	Casada	25	14,8%
	Total	169	100.0%

Fuente: Elaboración propia, con soporte SPSS v.22.

Interpretación: Se observa que el 75,1% de mujeres con hemorragia posparto pertenecen al grupo etario joven, se aprecia que con el mismo porcentaje están representadas las mujeres convivientes. El nivel educativo secundario se presenta en el 56,8% de las pacientes.

Figura 5. Representación porcentual del perfil sociodemográficos de las pacientes con hemorragia posparto atendido en el hospital de la amistad Perú Corea II-2



Fuente: Elaboración propia, con soporte MS Excel 2016.

Tabla 4. Factores de riesgo anteparto significativos y asociados a hemorragia posparto en el Hospital de la amistad Perú Corea II-2 Santa Rosa de Piura 2017.

Odds ratio para	Valor	Intervalo de confianza de 95 %		N de casos válidos
		Inferior	Superior	
CESÁREA PREVIA (SÍ / NO)	1,98	1,10	3,55	338
ANTECEDENTE DE ANEMIA (SÍ / NO)	1,84	1,10	3,08	338
OBESIDAD (SÍ / NO)	1,84	1,08	3,14	234
MULTIPARIDAD (SÍ / NO)	1,68	1,08	2,60	338

Fuente: Elaboración propia, con soporte SPSS v.22.

Interpretación: Son cuatro los factores de riesgo antes del parto, con significancia estadística (IC 95%), que incrementan en dos veces la posibilidad de presentar hemorragia posparto, la cesárea anterior (OR: 1,98; IC: 1,1-3,6), el antecedente de anemia (OR: 1,84; IC: 1,1-3,1), la obesidad (OR: 1,84; IC: 1,1-3,1) y la multiparidad (OR: 1,68; IC: 1,1-2,6).

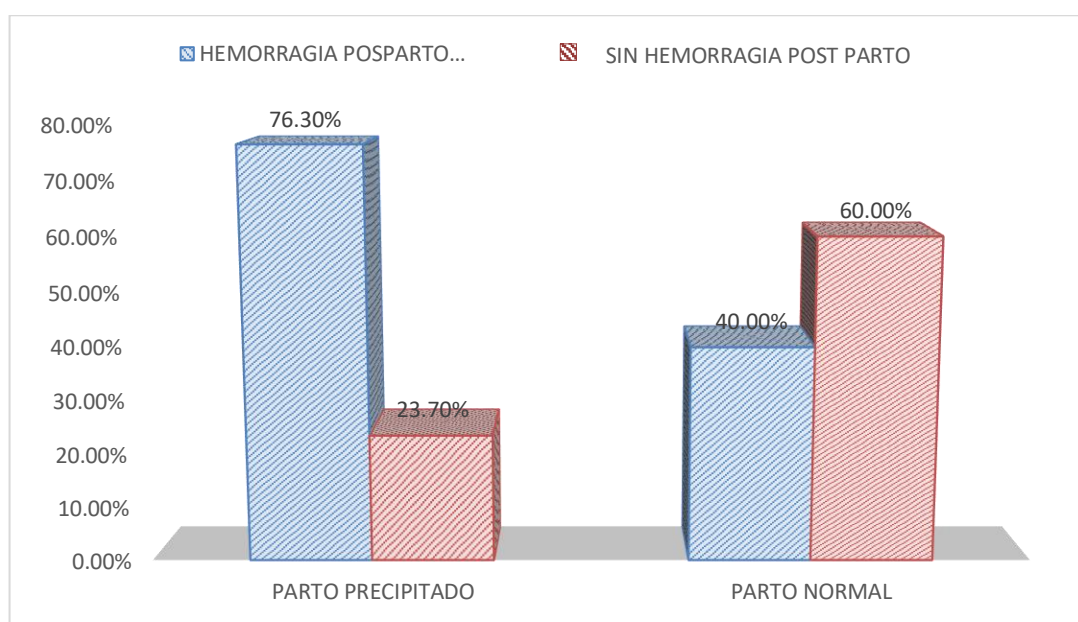
Tabla 5. Factores de riesgo durante el parto significativos y asociados a hemorragia postparto en el Hospital de la amistad Perú Corea II-2 Santa Rosa de Piura 2017.

Odds ratio para	Valor	Intervalo de confianza de 95 %		N de casos válidos
		Inferior	Superior	
LABOR DE PARTO PRECIPITADA (SÍ / NO)	4,84	2,82	8,33	338
BAJO PESO AL NACER (SÍ / NO)	4,33	1,82	10,31	319
DISTOCIAS CONTRÁCTILES (SÍ / NO)	4,16	1,51	11,40	338
USO DE MEDICAMENTOS (SÍ / NO)	2,11	1,18	3,78	338

Fuente: Elaboración propia, con soporte SPSS v.22.

Interpretación: Son cuatro los factores de riesgo, con significancia estadística (IC 95%), que después del parto que incrementan en dos veces o más la posibilidad de presentar hemorragia posparto, la labor de parto precipitada quintuplica el riesgo (OR: 4,84; IC: 2,8-8,3), el bajo peso al nacer (OR: 4,33; IC: 1,8-10,3) y las distocias contráctiles (OR: 1,84; IC: 1,1-3,1) cuadruplican el riesgo; el uso de medicamentos duplica el riesgo (OR: 2,11; IC: 1,2-3,8).

Figura 6. Representación porcentual del primer factores de riesgo significativo durante el parto asociado a hemorragia posparto, en el Hospital de la amistad Perú Corea II-2 Santa Rosa de Piura 2017.



Fuente: Elaboración propia, con soporte MS Excel 2016.

Interpretación: En la figura 6. Se observa que las pacientes que presentaron parto precipitado un 76,30%, presentó hemorragia postparto, mientras que el 23,70% no presentó hemorragia postparto, por otro lado las pacientes de parto normal un 40% presentaron hemorragia postparto, mientras que la representación para las que no tuvieron hemorragia postparto fue de 60%.

4.2. Discusión

Una de las principales complicaciones que ocurren en la tercera etapa del parto es la Hemorragia postparto, considerada dentro de los principales factores de Mortalidad Materna, pero, a pesar de identificarse soluciones, los Gobiernos han tardado en implementar programas para contener el problema. La Pobreza, la pobre educación siguen siendo el factor concomitante para Hemorragia Postparto.¹

Por ello que identificamos una serie de factores que se relacionan a la hemorragia postparto, y se conoció cuánto podría interferir estos factores en la presencia de las hemorragias, en base a ello podemos identificar en la tabla 1 los catorce factores que han demostrado asociación con la hemorragia posparto. Estos factores fueron ordenados en forma decreciente en razón a su intensidad, más no su orientación (positiva o negativa). Las casillas de recuentos esperados en todas las tablas de contingencia poseen cifras superiores a 5, lo que otorga mayor certeza al p -valor $< 0,05$, obtenido en cada prueba de hipótesis, para rechazar la hipótesis nula y demostrarla no independencia entre las variables analizadas.

Para el caso de la tabla 2, las pacientes con hemorragia posparto son mujeres jóvenes, con una edad promedio de 26,37 años, una mediana de 25 años, con una moda de 23 años. Sin embargo, la hemorragia posparto también se presenta en edades extremas, existiendo pacientes con una edad mínima de 15 años y otras con edad máxima de 43 años; la desviación estándar es de 6,58. Estos resultados se asemejan a los hallados por Iglesias J., Urbina D. en Nicaragua, (2016)¹¹, quien encontró que la mayor incidencia de hemorragias postparto sucedió en mujeres con edades de la segunda y tercera década de la vida, asimismo Bonifaz G. en Ecuador, (2010)¹⁴ encontraron que el 36% lo conformaban las edades entre los 24 - 29 años, lo cual representaba el 32%, por otro lado, Marin P., en Amazonas (2015) encontró como resultados que la edades oscilaban entre 20 a 34 años

Pero encontraban diferencias con los hallados por Muñoz H. en Ecuador (2013)¹², quien encontró que la edad entre 16 y 19 años, representaba el 41%, por otro lado, Flores L. (2018)¹⁶, refiere que la edad de 35 años a más está asociada a hemorragia postparto ($p = 0,000$; $OR=7,9$, $IC95\%= 2,31 - 26,9$), a si también, Gil M. (2016)¹⁷, en Lima, demostró que la edad mayor a 30 años ($p = 0,000$; $OR = 3,64$, $IC 95\% 1,8 - 7,0$) representaba factor de riesgo para hemorragia postparto.

En la tabla 3, Se observa que el 75,1% de mujeres con hemorragia posparto pertenecen al grupo etario joven, se aprecia que con el mismo porcentaje están representadas las mujeres convivientes. El nivel educativo secundario se presenta en el 56,8% de las pacientes, estos

resultados se asemejan a los de Marin P., en Amazonas (2015) quien encontró como resultados que las mujeres estudiaron en nivel secundario, fueron amas de casa y estado civil de convivencia. Los resultados difieren a los de Bonifaz G. en Ecuador, (2010)¹⁴ quien encontró que el 48% son casadas; la situación económica baja representaba el 68%; la instrucción primaria lo conformaba el 36%.

La tabla 4, manifiesta que son cuatro los factores de riesgo antes del parto, con significancia estadística (IC 95%), que incrementan en dos veces la posibilidad de presentar hemorragia posparto, la cesárea anterior (OR: 1,98; IC: 1,1-3,6), el antecedente de anemia (OR: 1,84; IC: 1,1-3,1), la obesidad (OR: 1,84; IC: 1,1-3,1) y la multiparidad (OR: 1,68; IC: 1,1-2,6). Estos resultados presentan singular semejanza a los de Iglesias J., Urbina D, (2016)¹¹, quien encontró que los factores antes del parto con mayor relevancia son: ser Primigesta, tener anemia, ser gran múltipara, por su lado, Bonifaz G. en Ecuador (2010)¹⁴ manifiesta que los factores asociados a hemorragias posparto se encuentran la anemia, desnutrición, pacientes, gran múltiparas, cesárea anterior, eclampsia y embarazo múltiple. ¹² asimismo Flores L. (2018)¹⁶, encontró que entre los factores asociados estaban la multiparidad ($p = 0,001$; OR 7,42 con IC 95% = 2.07 – 26.55), antecedentes obstétricos ($p = 0,00$; OR = 11; IC 95% = 2,83 – 42,76), cesárea ($p = 0,001$; OR = 8,3, IC 95% = 2,31 – 29,87), por otro lado, Gil M. (2016)¹⁷, en Lima, demostró que los factores para hemorragia posparto estaban la multigestas ($p = 0,021$; OR 2,15 con IC 95% 1,11 - 4,17), multiparidad ($p = 0,017$; OR = 2,17; IC 95% 1,14 - 4,10), parto por cesárea ($p = 0,000$; OR = 6,64; IC 95% 2,56 - 17,1), antecedente de cesárea previa ($p = 0,001$ y OR = 2,95; IC 95% 1,5 - 5,6), asimismo Correa M. en Trujillo en el año 2016¹⁸, demostró que la gran multiparidad es un factor de riesgo para presentar hemorragia posparto, con un OR= 1.97 con un IC al 95% 1.02 y 3.82 ($p=0.04$). Por otro lado, Altamirano P. (2012)²¹, en Lima en su estudio encontró: como factores de riesgo antes del parto ser primigesta 23.8%, infección de vías urinarias 11,9%, período intergenésico largo con 11.1%, talla baja 8.7%, añosa 7.4%, anemia 6.3%.

La tabla 5, manifiesta que son cuatro los factores de riesgo, con significancia estadística (IC 95%), que después del parto incrementan en dos veces o más la posibilidad de presentar hemorragia posparto, la labor de parto precipitada quintuplica el riesgo (OR: 4,84; IC: 2,8-8,3), el bajo peso al nacer (OR: 4,33; IC: 1,8-10,3) y las distocias contráctiles (OR: 1,84; IC: 1,1-3,1) cuadruplican el riesgo; el uso de medicamentos duplica el riesgo (OR: 2,11; IC: 1,2-3,8). Estos resultados se asemejan a los de Iglesias J., Urbina D, en Nicaragua (2016)¹¹, quienes encontraron que en el parto los más conocidos son los partos extra hospitalarios, parto precipitado, parto domiciliar, el parto prolongado, por otro lado, Muñoz H. en Ecuador (2013)¹² manifiesta que los restos placentarios representó la causa con mayor frecuencia,

seguida de hipotonía (42%), por su lado, Rosario A., en Lima (2015)²⁰ encontró duración del trabajo de parto adecuado 43,6%, parto precipitado 33,3%, parto vía vaginal 94,9%, macrosomía fetal 53,8%, lesiones del canal de parto 79,5%, por otra parte, Altamirano P. (2012)²¹, Entre los principales factores de riesgo intraparto se encontraron: episiotomía 40.3 %, ruptura prematura de membrana 14,7%, parto precipitado 12,8%, oxito-conducción 10%, parto prolongado.

Pero difieren de los encontrados por López L. en Ecuador (2012)¹³ quien encontró como factores de riesgo a los recién nacidos de mayor peso 3500gr (RP3.34), y el uso de sulfato de magnesio (RP3.34), también Correa M. en Trujillo en el año 2016¹⁸, demostró que la Macrosomía fetal es factor de riesgo de hemorragia postparto, hallándose un OR= 3.01 con un IC al 95% que fluctúa entre 1.42 y 6.77 (p=0.001).

El estudio también halló tres factores protectores para la hemorragia postparto, uno corresponde al anteparto y los dos restantes al posparto. En el anteparto se observa que el parto en menores a 20 años de edad reduce en riesgo en casi la mitad (OR: 0,45; IC: 0,3-0,8). En el posparto, el manejo activo del alumbramiento (OR: 0,12; IC: 0,02-0,97) y la episiotomía (OR: 0,25; IC: 0,2-0,4) reducen el riesgo de hemorragia posparto en un 88% y 75%, respectivamente.

Los siguientes factores: labor de parto prolongado, expulsivo prolongado, macrosomía, educación superior, antecedente de aborto, sobrepeso, preeclampsia, soltería, número de atenciones prenatales, edad añosa, nuliparidad, rotura prematura de membranas, anemia antes del parto, periodo intergenésico corto y la tracción controlada del cordón umbilical, determinan incremento o reducción del riesgo de hemorragia posparto, pero sin significación estadística (IC incluye la unidad).

CONCLUSIONES

- La edad promedio de las mujeres fue 26,37 años (75,1%) convivientes con el mismo porcentaje y educación secundaria 56,8%
- Los factores antes del parto se encuentran la cesárea anterior (OR: 1,98; IC: 1,1-3,6), el antecedente de anemia (OR: 1,84; IC: 1,1-3,1), la obesidad (OR: 1,84; IC: 1,1-3,1) y la multiparidad (OR: 1,68; IC: 1,1-2,6).
- Los factores durante el parto que incrementan en dos veces o más la posibilidad de presentar hemorragia posparto, se encuentran la labor de parto precipitada (OR: 4,84; IC: 2,8-8,3), el bajo peso al nacer (OR: 4,33; IC: 1,8-10,3) y las distocias contráctiles (OR: 1,84; IC: 1,1-3,1); el uso de medicamentos (OR: 2,11; IC: 1,2-3,8).

RECOMENDACIONES

- Dar a conocer a los directivos de nuestra institución las principales características sociodemográficas de nuestras pacientes en estudio a fin que se elaboren estrategias de intervención principalmente durante la consulta prenatal.
- Tener claro los factores de riesgo encontrados como la cesárea previa, obesidad, antecedentes de anemia y la multiparidad, ya que esto permitirá identificar a tiempo las pacientes que podrían desencadenar en hemorragia postparto. Los profesionales de la salud tanto especialistas como obstetras deben propiciar un ambiente donde la mujer parturienta se vea en lo mínimo expuesta a complicaciones posteriores al parto por lo que conocer estos factores antes de tiempo minimizara el riesgo.
- Propiciar la educación continua de la gestante en temas relacionados a las complicaciones después del parto, debe educarte a la mujer sobre todo a aquellas que presenten partos precipitados, recién nacidos con bajo peso, distocias de la contracción, para que ellas conozcan el problema que presentaron y de esta manera tomen conciencia de las complicaciones en futuras gestaciones.
- Mejorar la atención en el nivel primario, dándole más énfasis al control pre natal con enfoque de riesgo para poder detectar de manera temprana algún factor de riesgo que requiera la referencia a un nivel con mayor capacidad resolutive. Mejorar la calidad de llenado la de la historia clínica obstétrica-perinatal con el fin de que no existan vacíos al momento del parto que puedan ser de ayuda para el diagnóstico.

REFERENCIAS BIBIBLIOGRÁFICAS

1. Naciones Unidas. Informe de los objetivos de desarrollo del milenio. Nueva York. 2011
2. Karlsson H., Pérez Sanz C.. Hemorragia postparto. Anales Sis San Navarra [Internet]. 2009 [citado 2018 Jul 27]; 32(12): 159-167. Disponible en:http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272009000200014&lng=es.
3. Méndez N. Consideraciones prácticas sobre la hemorragia en el periparto. Medisan [Internet]. 2012 [citado 2018 Jul 27]; 16(7): 1114-1136. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192012000700013&lng=es.
4. Colegio Americano de Obstetras, Ginecólogos. hemorragia posparto Gestión clínica pautas. 2006: 108: 1039-47
5. Organización Mundial de la Salud. Salud de la madre, el niño y adolescente. Mortalidad materna. Disponible en:http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/maternal_perinata/es/
6. Ministerio de Salud. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades - MINSA. Casos de muerte materna según notificación semanal. Perú 2000 – 2016. Hasta la SE 52 del 2016.
7. Ministerio de Salud del Perú. Dirección General de Epidemiología, La mortalidad materna en el Perú, 2002-2011, Primera Edición, Mayo 2013 Tiraje: 600 ejemplares. Disponible en:<http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/MINSA-Mortalidad-Materna-Peru.pdf>
8. Ministerio de Salud del Perú, salud materna, disponible en: http://www.minsa.gob.pe/portalweb/06prevencion/prevencion_7.asp?sub5=7

9. Ministerio de Salud del Perú. Situación de Salud de los Adolescentes y Jóvenes en el Perú. 2017 / -1a edición, disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4143.pdf>
10. Ministerio de salud del Perú. Dirección regional de salud Piura. Situación de salud. Disponible en: <https://diresapiura.gob.pe/diresa-piura/salasituacional/>
11. Iglesias J., Urbina D. Factores de riesgo asociado a hemorragia post- parto, en las mujeres que fueron atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia, del HECAM, Matagalpa en el período 2010-2013. [Tesis de titulación]. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. 2016
12. Muñoz H. Incidencia de las complicaciones de la hemorragia postparto en mujeres adolescentes a realizarse en la maternidad Matilde Hidalgo. [Tesis de Título]. Universidad de Guayaquil. Ecuador 2013
13. López L. hemorragias postparto, prevalencia y factores de riesgo, en donde [tesis de titulación]. Universidad de Cuenca. Ecuador. 2012
14. Bonifaz G. Hemorragias postparto en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Provincial General Docente de Riobamba. [Tesis de Título]. Escuela Superior Politécnica Del Chimborazo. Ecuador .2010
15. Suárez J., Gutiérrez M., Corrales A., Benavides M., Carlos D., Algunos factores asociados a la morbilidad obstétrica extremadamente grave. Rev Cubana ObstetGinecol [Internet]. 2010 Jun [citado 2018 Oct 17], 36(2): 4-12. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2010000200002&lng=es.
16. Flores L. Factores de riesgo asociados a hemorragia del puerperio inmediato, hospital PNP “Luis Sáenz. [Tesis de título]. Universidad Ricardo Palma. 2018
17. Gil M. Factores Asociados A Hemorragia Post Parto Inmediato Por Atonía Uterina En El Hospital Guillermo Almenara Irigoyen durante el periodo enero - septiembre del 2015.[Tesis de titulación]. Universidad Ricardo Palma. Lima. Perú 2016

18. Correa M. Gran multiparidad y Macrosomía fetal como factores de riesgo para hemorragia posparto hospital distrital santa Isabel. El Porvenir. [tesis de título]. Universidad Antenor Orrego. 2016
19. MarinP. Factores de riesgo asociado a hemorragia postparto inmediato vía vaginal en pacientes atendidas en el departamento de gineco-obstetricia del hospital amazónico periodo 2013 – 2014. [Tesis de titulación]. Universidad Alas Peruanas. 2015
20. Rosadio R. factores de riesgo asociados a la hemorragia post parto en pacientes atendidas en el hospital Sergio Bernales Comas en el período 2012- 2014. [tesis de titulación]. Universidad de San Martin de Porres. Perú 2015
21. Altamirano P. Factores De Alto Riesgo Asociados A Hemorragia postparto inmediato en el Hospital María Auxiliadora durante el 2009 [Tesis de titulación]. Universidad Ricardo Palma. Lima. Perú 2012
22. Temoche H. Preeclampsia severa como factor predisponente de hemorragia postparto inmediato en gestantes. [Tesis de titulación]. Universidad privada Antenor Orrego. 2014
23. Piloto M, Suárez C, Palacios G, Complicaciones puerperales durante la estadía hospitalaria. Rev Cubana ObstetGinecol [revista en la Internet]. 2002 Abr [citado 2018 Juli 25]; 28(1): 42-48.
24. Sosa C, Belizan J. Factores de riesgo de hemorragia post-parto en partos vaginales en una población de América Latina. ObstetGynecol 2015. ;113:1313–9.
25. Matute C. prevalencia de Hemorragia Postparto y los factores asociados en puérperas adolescentes Hospital Vicente Corral Moscoso. [Tesis de título] Universidad de Cuenca. Ecuador. 2012
26. Lin S, Yap C, Miny S. Agonistas de oxitocina para prevenir la hemorragia posparto. Base de datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas. 2007.
27. Mousa HA, Alfircvic Z. Tratamientos para la hemorragia posparto primaria. Base de datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas. 2007.

28. Asturizaga P, Toledo J. Hemorragia Obstétrica. Rev. Méd. La Paz [Internet]. 2014 [citado 2018 Jul 27]; 20(2): 57-68. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582014000200009&lng=es.
29. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, III LCG: Obstetricia de Williams, 24 edn: McGraw-Hill; 2010
30. Cabrera S: Hemorragia Posparto. Rev Per GinecolObstet 2010, 56(1):23-31
31. SGO: Prevención y tratamiento de la hemorragia posparto: guías de práctica clínica SOGC n. ° 88. J SocObstetGynaecol Can 2000, 22 (4): 271-281
32. Mortalidad materna en 2005. Estimaciones elaboradas por la OMS, el UNICEF, el UNFPA y el Banco Mundial. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2007
33. Comité FIGO de Maternidad Segura y Salud del Recién Nacido (SMNH): prevención y tratamiento de la hemorragia posparto en entornos de bajos recursos International Journal of Gynecology and Obstetrics, 11 (2012), pp. 108-118
34. Begley C., Gyte, G., Murphy D., Devane D. Gestión activa frente a expectativa para mujeres en la tercera etapa del parto. DatabaseSyst Rev., (2011), pp. CD007412. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD007412.pub4Medlin>
35. SALUD, M. Protocolos para la Atención de las Complicaciones Obstétricas, Normativa 109. Managua, Nicaragua.: Biblioteca Nacional de Salud MINSA. 2013.
36. USAID. Guía de intervenciones basada en evidencias que reducen morbilidad y mortalidad perinatal y neonatal. Estados Unidos: UniversityResearch. 2013.

ANEXOS

Anexo 1

MATRIZ GENERAL DE CONSISTENCIA

Título: Factores de riesgo asociados con hemorragias postparto en pacientes atendidas en el Hospital de la amistad Perú Corea II-2 Santa Rosa de Piura 2017 Autor: Bach. Sandra Carolina Mocarro Chapilliquén				
Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables/indicadores	Metodología
General: ¿Cuál son los factores de riesgo que se asocian con hemorragias postparto en el hospital de la amistad Perú Corea II-2 Santa Rosa – Piura 2017?	General: Determinar los factores de riesgo asociados con hemorragias postparto en el Hospital de la amistad Perú Corea II-2 Santa Rosa de Piura 2017 Específicos: Determinar perfil sociodemográfico de las pacientes con hemorragia postparto atendido en el hospital de la amistad Perú Corea II-2. Identificar los factores de riesgo antes del parto asociados a hemorragias postparto de pacientes atendidas en el hospital de la amistad Perú Corea II-2. Conocer los factores de riesgos maternos durante el parto, asociados a hemorragias postparto en pacientes atendidas en el hospital de la amistad Perú Corea II-2. .	Implícita H0: No existe asociación significativa entre los factores de riesgo y la hemorragia postparto en el Hospital de la amistad Perú Corea II-2 Santa Rosa de Piura 2017 H1: Existe asociación significativa entre los factores de riesgo y la hemorragia postparto en el Hospital de la amistad Perú Corea II-2 Santa Rosa de Piura 2017 Justificación: Se pretende con el presente estudio recopilar información importante en cuanto a los factores de riesgo que se relacionan con las hemorragias postparto, sabiendo que las hemorragias obstétricas, a nivel nacional y regional, son la primera causa de muerte tanto en el embarazo, parto y puerperio, en este caso nos avocaremos a las hemorragias postparto porque nuestro hospital al ser uno de los centro hospitalario de mayor nivel atiende a parturientas de todo los centros de salud de la región.	Unidad de análisis Factores de riesgo Obstétricos Antes del parto Antecedentes Maternos Patologías Maternas Después del parto Distocias contráctiles Macrosomía fetal Uso excesivo de oxitócicos Trabajo de parto precipitado Trabajo de parto prolongado Expulsivo prolongado Desgarros Episiotomías Hipotonía Alumbramiento incompleto Hemorragia postparto Si No	Enfoque: Cuantitativo Diseño: No experimental, descriptivo Nivel Básico Tipo: Observacional de casos y controles Métodos: Técnicas e instrumento de muestreo: Todas las usuarias con HPP De recolección de datos: Historias clínicas De procesamiento de datos: Spss v22 De análisis χ^2 (p) y Odds Ratios Población: todas los partos sucedidos en el 2017 Muestra: Casos pacientes con HPP Controles: el mismo número de pacientes con HPP



**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON
HEMORRAGIAS POSTPARTO EN PACIENTES
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE LA
AMISTAD PERÚ COREA II-2 SANTA ROSA DE
PIURA 2017**



**ANEXO 2
INFORME DE VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO**

La validación de la ficha de recolección se realizó por juicio de expertos, para lo cual participarán 3 expertos en el área.

JUICIO DE EXPERTOS

Nombres y Apellidos: _____

Nº Experto: _____ Fecha: _____ t

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta le solicitamos su opinión sobre la ficha de recolección que se adjunta. Marque con una X (aspa) en SI o NO en cada criterio según su opinión. Marque SI, cuando el Ítem cumpla con el criterio señalado o NO cuando no cumpla con el criterio. Tenga a bien anotar sus observaciones y sugerencias en los espacios correspondientes.

CRITERIOS	Si	No	OBSERVACIONES
1. La ficha de recolección recoge la información que permite dar respuesta al problema de investigación.			
2. La ficha de recolección responde a los objetivos de la investigación.			
2. La ficha de recolección responde a la Operacionalización de la variable.			
4. La estructura de la ficha de recolección es adecuada			
5. La secuencia presentada facilita el llenado de la ficha de recolección.			
6. Los ítems son claros y comprensibles para la recolección.			
7. El número de ítems es adecuado para la recopilación.			
8. Se debería de incrementar el número de ítems en la ficha de recolección			
9. Se debe eliminar algunos ítems en la ficha de recolección			

Aportes y/o sugerencias para mejorar el instrumento. _____

FIRMA

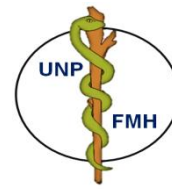
Anexo 3

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala
Factor de riesgo obstétricos	Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de una gestante o parturienta en donde aumenta su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. ¹⁷	Circunstancias que se presentan antes durante y después del parto	Pre partos	Antecedentes maternos Enfermedades maternas	Nominal
			Durante el parto	Distocias contráctiles Macrosomía fetal Uso excesivo de oxitócicos Trabajo de parto precipitado Trabajo de parto prolongado Expulsivo prolongado Desgarros Episiotomías Hipotonía Alumbramiento incompleto	Nominal
Hemorragias postparto	Se define la HPP como la pérdida calculada mayor de 500 ml después de un parto por vía vaginal y más de 1000ml un parto por cesárea. ¹⁷	Presencia o ausencia de la hemorragia producidas después del parto	Hemorragia después del parto	Si No	Nominal



**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON
HEMORRAGIAS POSTPARTO EN PACIENTES
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE LA
AMISTAD PERÚ COREA II-2 SANTA ROSA DE
PIURA 2017**



**ANEXO 4
FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

1. DATOS GENERALES:

- Edad:
- Nivel Educativo:

Analfabeto_____Primario_____Secundario_____Superior_____

- Estado Civil

Casada_____Soltera_____Conviviente_____

2. DATOS OBSTETRICOS:

- Paridad:
- Primípara_____Secundípara:_____Multípara_____

- Periodo Intergenésico:

- Mayor De 3 Años_____

- Menor De 3 Años_____

- Peso_____Talla_____IMC_____

- Número De Controles Prenatales:

<DE 6_____>DE6_____

- Aborto: Si_____No_____

- Cesárea Previa: Sí_____No_____

- Otros:_____

- Antecedente De Anemia: Si_____No_____

- Hemoglobina Antes Del Parto:_____

- Presencia De Alguna Patología En La Gestación:

- Trastornos hipertensivos del embarazo (THE):

- Preeclampsia: SI_____NO_____

- Eclampsia: SI_____NO_____

- Sd. HELLP: SI___NO___
- Diabetes: SI___NO___
- Trastornos de la coagulación: SI___NO___
- Otros:

3. ANTECEDENTES:

Antecedente de hemorragia postparto SI___ NO___

Macrosomía fetal SI___NO___

Polihidramnios SI___NO___

5. DURANTE EL PARTO

- Peso del recién nacido _____
- Distocias contráctiles SI___ NO___
- RPM SI___ NO___ Corioamnionitis SI___ NO___
- Macrosomía fetal SI___NO___
- Uso de medicamentos SI___ NO___, de ser sí; cual:
 - Sulfato de magnesio___
 - Oxitocina___
 - Otros___
- Manejo activo del tercer período SI___ NO___
- Trabajo de Parto Precipitado SI___ NO___
- Trabajo De Parto Prolongado SI___ NO___
- Expulsivo Prolongado SI___ NO___
- Masaje uterino SI___ NO___
- Episiotomía SI___ NO___
- Tracción controlada del cordón SI___NO___
- Desgarros SI___ NO___ Especificar:_____
- Laceraciones SI___NO___
- Atonía: SI___NO___
- Hipotonía: SI___NO___
- Alumbramiento incompleto o retención de restos placentarios SI___ NO___

